



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service

Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Previously copyrighted materials (journal articles, published tests, etc.) are not filmed.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

Les documents qui font déjà l'objet d'un droit d'auteur (articles de revue, tests publiés, etc.) ne sont pas microfilmés.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30.

1

LE RÔLE DES C.L.S.C.
DANS
LA POLITIQUE DE PLANIFICATION DES NAISSANCES
AU QUÉBEC

THÈSE DE MAÎTRISE

PRÉSENTÉE À L'ÉCOLE DES ÉTUDES SUPÉRIEURES ET DE LA RECHERCHE
(UNIVERSITÉ D'OTTAWA) COMME EXIGENCE PARTIELLE EN VUE DE LA
MAÎTRISE ES ARTS EN SCIENCE POLITIQUE

GAÉTAN BEAUREGARD

AOÛT 1987



Gaétan Beauregard, Ottawa, Canada, 1988.

Permission has been granted to the National Library of Canada to microfilm this thesis and to lend or sell copies of the film.

The author (copyright owner) has reserved other publication rights, and neither the thesis nor extensive extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her written permission.

L'autorisation a été accordée à la Bibliothèque nationale du Canada de microfilmer cette thèse et de prêter ou de vendre des exemplaires du film.

L'auteur (titulaire du droit d'auteur) se réserve les autres droits de publication; ni la thèse ni de longs extraits de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation écrite.

ISBN 0-315-46712-6



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

REMERCIEMENTS

Je voudrais adresser des remerciements sincères au professeur François-Pierre Gingras pour les précieux conseils et suggestions prodigués tout le long de cette recherche et pendant la rédaction du texte.

Je tiens à remercier mon épouse Danielle Braün pour sa patience et pour le soutien qu'elle m'a accordé dans cette entreprise et merci à France Hallée, à Lisette Danis et à Colette Larabie pour leur précieuse collaboration dans la dactylographie du texte

Gaëtan Beauregard,

Août 1987..

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS, page 2.

TABLE DES MATIERES, page 3

LISTE DES ABBREVIATIONS, page 6

CHAPITRE UN

Les C.L.S.C. et la politique sociale

A) L'intérêt de la recherche sur le rôle des C.L.S.C., page 8

B) L'intérêt du dossier de la planification des naissances, page 12

C) Ce qu'on a écrit sur le rôle des C.L.S.C...., page 17

1) ... comme service de première ligne, page 18

2) ... comme source d'innovation par leur mode d'intervention, page 21

3) ... comme outil de prévention, page 27

a) la prévention comme outil de contrôle des coûts, page 27

b) la prévention comme outil d'amélioration de la qualité de vie, page 28

c) la prévention comme outil de gestion, page 29

4) ... comme issus de la réforme de la santé et des services sociaux, page 30

D) Ce qu'on a écrit sur la politique de planification des naissances..., page 31

1) ... comme issue du discours féministe, page 32

2) ... comme produit de la Révolution tranquille, page 35

3) ... et le cas particulier de l'avortement, page 38

CHAPITRE DEUX

Les C.L.S.C.

A) Création et développement des C.L.S.C., page 41

1) L'avant-réforme..., page 41

a) ... au Canada, page 43

b) ... au Québec, page 46

- 2) La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, page 51
 - a) Rationalisation des services, page 56
 - b) Rationalisation des coûts, page 59
 - c) Développement social ou développement économique, page 60
- 3) La Loi 65, page 63
- 4) L'évolution des C.L.S.C., page 70
 - a) L'implantation, page 70
 - b) La remise en question, page 80
 - c) La consolidation, page 91
- B) Le rôle et le mode d'intervention des C.L.S.C., page 97
 - 1) La prévention, page 98
 - 2) L'approche communautaire, page 106
 - 3) La participation : objectif de prise en charge, page 115
 - a) La participation représentative, page 120
 - b) La participation à la gestion, page 121
 - c) La participation aux services, page 122

CHAPITRE TROIS

La planification des naissances, page 125

- A) Le discours féministe, page 126
 - 1) Prise de parole internationale, page 126
 - 2) Principaux thèmes, page 135
 - 3) Le discours québécois, page 136
- B) La Révolution tranquille, page 139
- C) La politique de planification des naissances au Québec, page 142
 - 1) Services en milieu scolaire, page 147
 - 2) Services de consultation de base, page 152
 - 3) Services médicaux spécialisés, page 157
- D) La planification des naissances dans l'Outaouais, page 165
 - 1) Le programme du C.L.S.C. des Draveurs, page 168
 - a) Les normes du ministère des Affaires sociales, page 168
 - b) La demande du C.L.S.C. des Draveurs, page 169
 - c) L'élaboration du programme, page 171
 - d) L'évaluation de l'implantation, page 177
 - e) L'évaluation des effets, page 180
 - 2) La question de l'avortement dans l'Outaouais, page 184

- a) Le débat initial, page 186
- b) Les C.L.S.C. s'organisent, page 198

CHAPITRE QUATRE

Le rôle des C.L.S.C. dans la politique de planification des naissances,
page 208

- A) L'ensemble du Québec, page 208
- B) L'Outaouais, page 210
- C) Note personnelle, page 213

LISTE DES TABLEAUX, page 215

BIBLIOGRAPHIE, page 216

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

C.L.S.C.	CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES
MAS	MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
F.C.L.S.C.Q.	FÉDÉRATION DES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DU QUÉBEC
C.E.S.B.E.S.	COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN- ÊTRE SOCIAL
C.A.	CENTRE D'ACCUEIL
C.S.S.O.	CONSEIL DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
C.S.S.S.O.	CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
C.H.	CENTRE HOSPITALIER
C.M.D.	CONSEIL DES MÉDECINS ET DENTISTES
C.T.M.S.P.	CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGÉS
F.M.O.Q.	FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

CHAPITRE UN

LES C.L.S.C. ET LA POLITIQUE SOCIALE

A) L'INTÉRÊT DE LA RECHERCHE SUR LE RÔLE DES C.L.S.C.

Le 1^{er} juin 1972 entrant en vigueur la "Loi sur les services de santé et les services sociaux" créant un réseau des Affaires sociales sous la juridiction complète de l'Etat. Cette loi était l'aboutissement de douze ans de discussions et de questionnements sur le réseau de distribution des services de santé et des services sociaux au Québec. Pour en arriver à ce résultat, il a fallu passer par deux groupes de travail, soit, en 1961, le Comité d'étude sur l'assistance publique (Comité Boucher), puis, en 1966, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu), suivie d'une Commission parlementaire en 1971. Cette loi créait quatre types d'établissements au Québec; le Centre hospitalier, le Centre d'accueil, le Centre des services sociaux et le Centre local des services communautaires (C.L.S.C.).

Un des établissements retiendra plus particulièrement notre attention, il s'agit du C.L.S.C., dont la mission est ainsi définie :

Une installation autre qu'un cabinet privé de professionnel où l'on assure à la communauté des services de prévention et d'action sanitaire et sociale, notamment en recevant ou visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leur famille des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodigant de tels services, et les conseillant ou si nécessaire, en les dirigeant vers les

établissements les plus aptes à leur
venir en aide. ¹

Pourquoi retenir cet établissement plutôt qu'un autre ?

Premièrement, les C.L.S.C. devaient jouer un rôle de première place dans la mise en oeuvre du nouveau réseau en lui servant de porte d'entrée en matière de service de première ligne. Dans l'appellation C.L.S.C., "Centre local" invoque fort bien cette particularité locale, qui constitue un des éléments dont découle notre intérêt à vouloir étudier plus à fond ce nouvel établissement.

Deuxièmement, en décentralisant les services sociaux et les services de santé et en les rapprochant de la communauté, l'Etat québécois innovait. Ce caractère innovateur des C.L.S.C. se situe tant au niveau de ses objectifs (qui visent à mieux répondre aux besoins de la population et à offrir des meilleurs services), que de son mode d'intervention (approche globale, multidisciplinarité, prise en charge), de la diversité de ses services (sanitaires, sociaux et communautaires); de la participation de la communauté aux prises de décisions, enfin de la variété des professionnels qui y oeuvrent (administrateurs, infirmières, travailleurs sociaux, auxiliaires familiales, organisateurs communautaires, médecins,

¹ Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q.S. - 5, à jour le 1^{er} août 1985, Editeur Officiel du Québec, Québec, 1985, 184 pages.

divers autres professionnels et naturellement le personnel de soutien approprié).

Troisièmement, sans que cela ne soit explicite dans la loi, les C.L.S.C. ont été investis de façon quasi exclusive de la mission de faire de la "prévention" leur mot d'ordre, objectif à long terme qui confère aux C.L.S.C. un caractère unique.

Quatrièmement, nous avons un préjugé favorable à l'égard de cet établissement pour y avoir travaillé presque dix ans. Nous avons donc un intérêt personnel pour l'objectif de cette étude.

Cinquièmement, plusieurs études et analyses telles que celle de Frédéric Lesemann² sur la réforme de la santé et des services sociaux et celle de Jacques Godbout sur la participation, plus particulièrement les

² Frédéric Lesemann Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec. Editions coopératives Albert St-Martin, Chapitre 5 : "L'application de la réforme : les enjeux des Centres locaux de Services Communautaires", Montréal, 1981, p. 193-221.

Jacques Godbout La participation contre la démocratie. Editions coopératives Albert St-Martin, Chapitre 4 : "La participation institutionnalisée", Montréal, 1983, p. 97-117.

chapitres portant sur les C.L.S.C. ont jugé sévèrement ce type d'établissement, sans (à notre avis) avoir toujours fait la part des choses.

Sixièmement, certaines de ces études et analyses sont l'oeuvre d'analystes extérieurs du réseau des Affaires sociales. Cela leur a peut-être permis une plus grande objectivité. Cependant, il serait pertinent de disposer de l'analyse de quelqu'un qui a oeuvré de l'intérieur et qui s'est frotté aux différentes composantes du réseau et des C.L.S.C.

Voilà donc autant de raisons qui motivent le choix des C.L.S.C. comme objet d'étude. Lorsque ce projet fut entrepris, les questions qui nous préoccupaient, portaient sur le rôle des C.L.S.C. Ont-ils atteint les objectifs fixés? Jouent-ils vraiment leur rôle de prévention? Ont-ils amélioré la qualité des conditions de vie des citoyens québécois?

Avec un peu de recul, nous ajoutons une autre question : les C.L.S.C. ont-ils joué un rôle direct ou indirect dans la détermination des politiques sociales au Québec? Nous constatons en effet que les autres analystes n'ont guère manifesté cette préoccupation encore moins répondu à cette question. Peut-être n'en voyaient-ils pas la nécessité. Ces analystes percevaient peut-être les C.L.S.C. comme les récepteurs et exécuteurs passifs des volontés du ministère des Affaires sociales (MAS).

Notre expérience du réseau des Affaires sociales nous amène cependant à nous interroger sur l'influence qu'ont exercée les C.L.S.C., par l'intermédiaire de leur fédération, sur la détermination de certaines

politiques sociales au Québec. N'ont-ils pas été, suite à des décisions de l'Etat en matière de politiques sociales, les initiateurs actifs de certaines réformes dont l'objectif était de modifier ou de renverser les décisions annoncées?

Afin de répondre à ces différentes questions, nous ferons brièvement l'historique des C.L.S.C. en passant par l'avant-réforme, la réforme amorcée par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, la Commission parlementaire portant sur la loi des services de santé et des services sociaux, le mouvement de résistance à cette loi. Par la suite, une analyse de l'évolution des C.L.S.C. dans ce contexte s'imposera.

Enfin, nous tenterons de répondre aux questions déjà énoncées à l'aide d'une étude de cas. Il s'agit du dossier de la planification des naissances au Québec, dont le mandat a été confié aux C.L.S.C.

B) L'INTÉRÊT DU DOSSIER DE LA PLANIFICATION DES NAISSANCES

Entre 1976 et 1982, la planification des naissances est devenue une question controversée au Québec et a fait l'objet d'une politique dont la mise en oeuvre fut confiée au C.L.S.C. en 1976. En effet, le ministère des Affaires sociales a émis une directive faisant du C.L.S.C. "l'établissement

responsable de la distribution des services dans ce domaine à la population de son district". 3

Afin de bien situer cette politique, il est essentiel de savoir que la nomenclature officielle des services de planning des naissances confiée aux C.L.S.C. comprend l'information, l'éducation, la consultation médicale et psychosociale de première ligne, la référence et la relance. Cette nomenclature se traduit en services qui peuvent être regroupés de la façon suivante : la préparation à la planification des naissances, la planification des naissances et l'intervention éventuelle en cas d'échec à la planification des naissances. Cependant, lorsqu'il est question de planification des naissances, on ne manque pas de soulever la question de l'avortement. Or ce service n'était pas offert par les C.L.S.C. en 1976 bien que ceux-ci le réclamaient comme prioritaire et essentiel à un service complet en matière de planification des naissances.

Le choix de ce dossier s'est fait pour les mêmes raisons qui nous ont motivé dans le choix du sujet de thèse.

La planification des naissances est un service de première ligne, qui doit être donné localement, par une équipe multidisciplinaire dans la perspective d'une approche globale préventive et de prise en charge de l'utilisateur qui participe au choix du service qui lui sera offert. Ayant été

³ Ministère des Affaires sociales, Orientations en matière de planification des naissances, Québec, mai, 1976, p.1.

personnellement associé, bien que de loin, ⁴ à ce dossier controversé, notre intérêt à l'égard de toute la problématique de la planification des naissances a motivé le choix de ce dossier comme étude de cas.

Il serait illusoire de penser que nous puissions faire l'analyse d'un tel dossier pour l'ensemble du territoire québécois pour les motifs suivants :

- Premièrement, plus de la moitié des C.L.S.C. de la province offraient entre 1978 et 1982 un service de planification des naissances. Il aurait fallu un temps énorme, pour étudier à fond chacun de ces services.
- Deuxièmement, un bref tour d'horizon nous laisse croire que le service de base est sensiblement le même dans tous les C.L.S.C. concernés.

Nous avons donc arrêté notre choix sur la région de l'Outaouais urbain (Hull - Gatineau - Aylmer) et sur les C.L.S.C. qui y oeuvrent. C'est un choix pragmatique, puisque l'Outaouais a été une région pilote pour l'établissement d'un réseau complet de C.L.S.C. La région compte en effet dix C.L.S.C. Les C.L.S.C. de Hull, des Draveurs, le Moulin à Gatineau et Grande Rivière à Aylmer ont été implantés parmi les premiers. Ils ont donc été depuis le début intimement mêlés au grand débat entourant le dossier de la planification des naissances et de l'avortement.

⁴ Nous étions représentants du personnel clinique au Conseil d'administration du C.L.S.C. des Draveurs de 1979 à 1981.

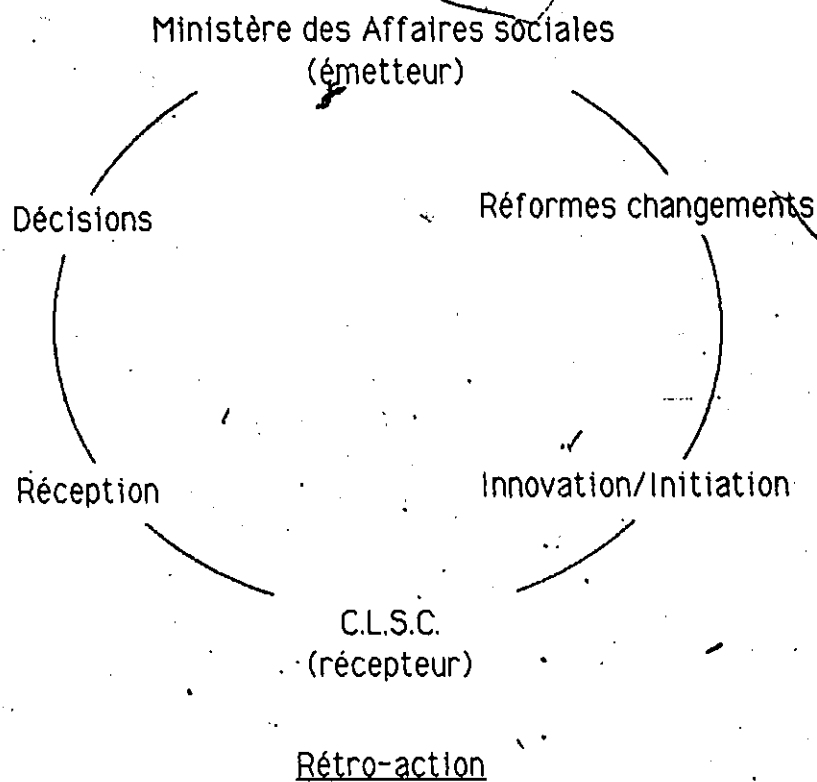
Deux C.L.S.C. urbains sur quatre offraient à cette époque un service de planning des naissances; le C.L.S.C. de Hull et le C.L.S.C. des Draveurs seront à l'avant-scène du débat entourant ce dossier. Il nous serait plus facile, croyons-nous, connaissant ces deux établissements, d'avoir accès à la documentation pertinente.

Il faudra donc évaluer le rôle que ces deux C.L.S.C. ont joué dans ce dossier. Quels appuis ont-ils reçu des autres C.L.S.C. de l'Outaouais ? Cette analyse se fera également dans la perspective du discours féministe de l'époque, du contexte historique de la Révolution tranquille et finalement, en fonction du mouvement de résistance déclenché par les groupes Pro-Vie. De plus, il sera intéressant de vérifier si ce débat se situait bien dans la position énoncée et mise de l'avant par la Fédération des C.L.S.C. du Québec.

La contribution de cette thèse sera d'apporter un élément en vue de confirmer le rôle joué par les C.L.S.C. au sein du réseau des Affaires sociales en tant qu'initiateurs et innovateurs de changements de certaines politiques sociales.

5

TABLEAU I

Processus d'application des décisions

C) Ce qu'on a écrit sur le rôle des C.L.S.C.

Dans l'élan de la réforme, les premiers C.L.S.C. furent créés en 1972-1973 et ce n'est qu'en avril 1981 ⁵ que le Ministère a décidé de parachever un réseau complet de C.L.S.C. sur l'ensemble du territoire québécois. Ceci dit, nous sommes conscients que les C.L.S.C. les plus âgés ont au plus quatorze à quinze ans d'existence. C'est bien jeune pour un réseau d'établissements, pourtant nous avons été en mesure de recenser un certain nombre d'écrits pertinents portant sur la réforme et le rôle que les C.L.S.C. ont joué à l'intérieur du réseau des Affaires sociales au Québec.

Deux des revues québécoise consultées se distinguent des autres par le nombre et la qualité de leurs articles pertinents, ce sont Médecin du Québec et Administration hospitalière et sociale. Le Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, ainsi que la loi qui en découle constituent deux autres sources dont nous nous servons dans la partie de cette thèse portant sur l'historique des C.L.S.C. Une autre des principales source de documentation sur laquelle nous nous appuierons sera l'ensemble des écrits produits par la Fédération des C.L.S.C. et par le ministère des Affaires sociales. Quelques auteurs ont également écrit des articles et des livres sur les C.L.S.C. et leur rôle et sur

⁵ Ministère des Affaires sociales Le réseau des C.L.S.C. au Québec : Un parachèvement qui s'impose. Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, avril 1981, 25 pages.

l'ensemble de la réforme. Deux auteurs retiendront surtout notre attention, ce sont Frédéric Lesemann et Jacques Godbout.

Nous avons exposé précédemment les raisons qui nous ont motivé à choisir ce sujet d'étude. Nous reprendrons brièvement ici ces raisons pour dégager à ce sujet les opinions des différents auteurs.

C) 1. ...comme service de première ligne

Ces services de première ligne se divisent en deux catégories, services courants et services spécifiques, lesquels doivent être également accessibles au plan local. Nous retrouvons cette notion dans un article de la Fédération des C.L.S.C. publié dans Administration hospitalière et sociale,⁶ et dans le document support présenté lors du congrès spécial de la Fédération en 1977, intitulé "Le C.L.S.C., 5 ans après : pour un bilan". Dans ces documents, on les définit comme la porte d'entrée du réseau des Affaires sociales tant en matière de services de santé que de services sociaux.

Cependant, la résistance de l'establishment médical, jointe à une image trouble projetée par les C.L.S.C. à cause des problèmes de fonctionnement ou de gestion ayant entouré leur implantation, ont laissé

⁶ Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977, p. 7 - 11.

au Ministère la marge de manoeuvre voulue pour encadrer les C.L.S.C. par le biais du concept de complémentarité aux autres organismes du réseau. Le ministre des Affaires sociales de l'époque, Denis Lazure, a repris ce concept de complémentarité dans le discours qu'il a prononcé lors du congrès spécial de la Fédération en 1977. ⁷ Il la précisera dans une interview accordée à Michel Salomon pour la revue Médecin du Québec.

Nous avons dit aux C.L.S.C.
d'abandonner ce rêve tout à fait
irréalisable de devenir la porte
d'entrée de tout le système sanitaire
du Québec. C'était le grand rêve des
libéraux de Monsieur Castonguay, de
Monsieur Forget qui m'ont précédé.
Ils rêvaient d'établir deux cent
quarante C.L.S.C. à travers le Québec
et de fermer graduellement les
portes de consultations externes de
tous les hôpitaux généraux. Je n'en
croyais pas mes oreilles. J'ai plutôt
essayé d'obtenir la complémentarité
des services, d'où le critère de créer
des services là où il n'y en a pas. ⁸

Quant à l'accessibilité géographique locale réclamée par les C.L.S.C. et leur fédération, elle fut difficile à obtenir. "Aucun budget de développement n'a été prévu pour 1977-78 après le gel de budget à l'été

⁷ Denis Lazure, "Des services à la population dans une perspective de complémentarité". Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977, p. 34-36.

⁸ Michel Salomon, "Entrevue avec Denis Lazure", Médecin du Québec, Montréal, septembre 1980, p. 53

1976", ⁹ il faudra attendre au printemps 1981 pour que le Ministère décide de s'engager officiellement.

Le ministère des Affaires sociales du Québec officialise dans le présent document son intention formelle de parachever le réseau des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) de manière à doter l'ensemble du territoire du Québec d'un système global et généralisé de services publics de première ligne en matière de santé et de services sociaux. ¹⁰

Alors que les C.L.S.C. voulaient collectivement être un acteur indépendant et autonome au sein du réseau; le Ministère voulait ramener la brebis égarée au troupeau afin de s'en assurer le contrôle et ce, par le truchement du concept de complémentarité. Frédéric Lesémann fait allusion à cet "enjeu de la complémentarité" en parlant de confrontation entre le "pôle communautaire" et le "pôle institutionnel". ¹¹

Le pôle institutionnel l'emportera. Lesemann considère que, par la complémentarité, le pouvoir technocratique récupère les C.L.S.C. au

⁹ André Tétreault, "Les C.L.S.C. 5 ans après", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977, p. 5.

¹⁰ Ministère des Affaires sociales, Le réseau des C.L.S.C. au Québec : Un parchèvement qui s'impose. Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, avril 1981, p. 1

¹¹ Frédéric Lesemann, Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux, Editions coopératives Albert St-Martin, Montréal, 1971, p. 221-226.

détriment des classes populaires. Il termine ainsi son chapitre sur les C.L.S.C. :

Au lieu de la complémentarité et des services, on assiste en fait à une réduction caricaturale du potentiel de changement de l'organisation socio-sanitaire dont était porteur le modèle des C.L.S.C. ¹²

C'est dans cette optique de complémentarité que le Ministère modifie ses plans en vue de parachever le réseau des C.L.S.C. En 1977, soixante-douze C.L.S.C. existent et seulement 49.71% de ceux-ci ont le taux de normalité qui leur permet d'être viable, ¹³ c'est-à-dire qu'ils possèdent un nombre minimum de programmes et d'employés. En 1981, lors de l'annonce du parachèvement, seulement cent C.L.S.C. sont en opération sur une possibilité de cent soixante.

C) 2. ... comme source d'innovation par leur mode d'intervention

Ce qui distingue les C.L.S.C. des autres établissements du réseau, c'est leur mode d'intervention original, que d'autres chercheront d'ailleurs graduellement à imiter. Nous regrouperons ici les diverses approches caractéristiques du mode d'intervention des C.L.S.C. et qui constituent leur marque de commerce. Ce mode d'intervention est identifié dans plusieurs

¹² Ibid. p. 226.

¹³ Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Les C.L.S.C. 5 ans après pour un bilan", L'information, Vol. I, no. 4, Montréal, 1977, p.22

textes, dont la Loi sur les services de santé et les services sociaux, citée précédemment, et qui énumère dans la définition même du C.L.S.C. certaines de ces approches. D'autre part, dans le texte Rôles et Fonctions des centres locaux de services communautaires, la Fédération affirme que

le C.L.S.C. vise par une approche globale (multidisciplinaire) et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté, et vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention, qui s'adresse à la communauté. ¹⁴

Le Ministère reprendra ce texte intégralement dans son document sur le parachèvement des C.L.S.C. en avril 1981. Frédéric Lesemann résumera ces approches de la façon suivante :

Action communautaire, participation et multi-disciplinarité caractérisent pour la Fédération les pratiques et les services des C.L.S.C. C'est ce qui les distingue principalement des cliniques de santé, des centres de

¹⁴ Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Rôles et Fonctions des centres locaux de services communautaires", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977, p. 8., les soulignés sont de l'auteur.

services sociaux et doit définir leur spécificité. ¹⁵

Il est difficile de trouver des textes qui portent sur toutes les approches en C.L.S.C. Peu d'auteurs ont porté un jugement sur la qualité des services offerts au C.L.S.C. Les seules unités de mesures employées ont souvent été les sondages en ce qui concerne le degré de satisfaction des usagers vis-à-vis les services reçus dans les C.L.S.C. La Fédération a rendu publics les résultats d'un sondage semblable effectué par Sorecom au printemps 1984. Ce sondage reflétait le haut degré de satisfaction de la population (9 utilisateurs sur 10), quant aux services reçus dans les C.L.S.C. Il révélait aussi qu'un grand nombre de Québécois connaissaient les C.L.S.C. (80% de la population) et leurs services, et que 28% de la population les avaient utilisés. ¹⁶ Ce sondage s'inscrivait dans la continuité d'un premier sondage effectué par le MAS en 1978, celui-ci révélait que :

- Un québécois sur deux (2) en janvier 1978 avait alors entendu parler des C.L.S.C.
- 11% de la population totale s'était prévalu des services offerts en C.L.S.C., tandis que 22.6% de ceux qui ont entendu parler des C.L.S.C. les avaient utilisés

¹⁵ Frédéric Lesemann, op. cit. p. 218.

¹⁶ Fédération des C.L.S.C. du Québec, Fédé Express, Vol. 17, no. 10, Montréal, 15 mai 1984, p. 304.

- Parmi les utilisateurs, 84.1% étaient satisfaits ou très satisfaits des services reçus. ¹⁷

Il apparaît donc que la population québécoise est satisfaite des C.L.S.C. et de la qualité de leurs services.

Quant au mode d'intervention des C.L.S.C. (approche globale, multidisciplinarité, prise en charge), les textes publiés sont un peu plus nombreux. Tous les auteurs (directions des services communautaires, MAS, la Fédération, Frédéric Lesemann ¹⁸, Jacques Godbout ¹⁹, Marc Renaud ²⁰, etc.) sont unanimes pour dire que son mode d'intervention constitue l'originalité même des C.L.S.C. Mais les opinions diffèrent quant aux résultats. Lesemann et Renaud croient que les C.L.S.C. ont été les outils d'une lutte entre la nouvelle classe technocratique et l'ancienne classe moyenne traditionnelle. Ils estiment aussi que les C.L.S.C. ont été un instrument de mise au pas des corporations professionnelles et de récupération des classes populaires par l'illusion de leur participation au Conseil d'administration de ces établissements.

¹⁷ Fédération des C.L.S.C. du Québec, Fédé Express, Vol. 1, no. 6, Montréal, 21 novembre 1978, p. 127.

¹⁸ Frédéric Lesemann, op. cit.

¹⁹ Jacques Godbout, op. cit.

²⁰ Marc Renaud, "Les C.L.S.C. : une utopie nécessaire", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977, p. 26-29.

La participation est une autre caractéristique innovatrice des C.L.S.C. Jacques Godbout est sans contredit le Québécois qui a le plus écrit sur ce sujet durant les dernières années. Son plus récent ouvrage, La participation contre la démocratie, contient un chapitre consacré à la participation institutionnalisée. Il utilisera les C.L.S.C. comme toile de fond pour conclure finalement que la participation des usagers dans les C.L.S.C. se traduit ainsi :

En tant que projet populaire, le C.L.S.C. est donc très handicapé au moment même où il commence à donner des services. C'est ce que montre d'ailleurs très bien l'évolution de tous les C.L.S.C., ils reposent au départ sur une mobilisation importante des citoyens du quartier, mais dans chaque cas au moment où est engagé le personnel, on assiste rapidement à une démobilisation des citoyens qui perdent tout intérêt. Le projet devient alors une expérience professionnelle et administrative, il n'appartient plus aux gens du territoire qui s'en trouvent dépossédés et n'ont plus qu'à aller chercher des services. On en arrive ainsi rapidement à se demander comment faire participer les citoyens à un organisme qu'on leur a d'abord enlevé. 21

²¹ Jacques Godbout, La participation contre la démocratie, Editions St-Martin, Montréal, 1983, p. 125.

Pourtant les membres de la C.E.S.B.E.S. avaient fondé beaucoup d'espoir dans cette notion de participation de citoyens dans la prise en charge et l'administration de leur établissement. Claude Castonguay avouait cependant dès 1977 que la Commission avait peut-être trop espéré dans ce domaine.

Je pense en effet qu'on avait mis trop d'espoir dans la participation qu'on aurait dû le faire... Enfin je suis d'accord avec vous, la participation a donné lieu aussi à des difficultés réelles dans certains cas, mais je pense qu'il faut voir ça aussi comme une étape et dans un contexte à long terme. ²²

Quant à Lesemann, il voit la participation de la population à une institution comme le C.L.S.C. comme un outil qui :

permet de légitimer les initiatives réformatrices de la classe dirigeante qui peut ainsi concrétiser sa rhétorique sociale-démocrate et revendiquer la défense du bien commun... de modifier la dynamique des pouvoirs existants... de contrôle institutionnel de toutes les variables dans la production de services. ²³

²² Médecin du Québec, "Quelques années plus tard, Entrevue avec Claude Castonguay", Médecin du Québec, Vol. 12, no. 11, Montréal, novembre 1977, p. 53.

²³ Frédéric Lesemann, op. cit. p. 167.

Nous verrons plus précisément cette notion dans le troisième chapitre.

C) 3. ... comme outil de prévention

Il est très clair dans le Rapport de la Commission, dans la Loi et dans la majorité des analyses que le concept de prévention occupe une place de première importance, qui se situe à trois niveaux.

C 3. a) La prévention comme outil de contrôle des coûts

L'analyse et le contrôle des coûts faisaient partie intégrante du mandat de la C.E.S.B.E.S. et la notion de prévention revient dans les volumes portant sur la santé et les services sociaux. Selon Yvan Duperré et Claudette Cardinal, la prévention réformatrice qui visait à modifier les habitudes de vie des citoyens a échoué, au lieu de réduire les coûts, ce type de prévention les augmenterait. Pourquoi ? Parce que ce type de prévention ne s'adresse pas aux besoins primaires de la population (vêtement, logement, nourriture) mais à ses besoins secondaires. Ce type de soins (soins dentaires, nutrition équilibrée, etc...) n'étant pas la préoccupation principale de la majorité des consommateurs de services, les auteurs estiment que ce type d'interventions échouera. ²⁴ Claude

²⁴ Yvan Duperré, Claudette Cardinal, "La prévention peut-elle contribuer à contrer la croissance des coûts", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 3, Montréal, mai-juin 1981, p. 20-24.

Castonguay est également de cet avis. Selon lui, lorsqu'on parle de prévention "on touche bien souvent la liberté des individus, leur mode de vie et que cela entraîne aussi des coûts extrêmement élevés". ²⁵

C 3. b) La prévention comme outil d'amélioration de qualité de vie

La plupart des articles portant sur cet aspect sont unanimes; il existe peu d'études portant sur la prévention qui puissent établir un lien étroit entre celle-ci et l'amélioration de la qualité de vie. Certes, depuis le début du siècle des maladies telles que la tuberculose, l'influenza et les pneumonies ont presque disparu. La diminution de la prévalence de ces maladies est surtout due à "l'amélioration des conditions d'existence et l'avancement des sciences médicales". ²⁶

Des indices, tels que l'accroissement de l'espérance de vie et la ² diminution de la mortalité infantile ²⁷ sont-ils dus à la prévention ? Tout porte à croire que l'avancement des techniques médicales est la cause de l'amélioration de ces indices plutôt que la prévention. Vit-on plus vieux en santé ou vit-on plus vieux malade ? L'espérance de vie en santé est de 59 ans en 1980 chez les hommes et de 60,23 ans chez les femmes. Ces indices demeurent "la pire espérance de vie à la naissance au Canada". ²⁸

²⁵ Médecin du Québec, op. cit. p. 62.

²⁶ Yvan Duperré, Claudette Cardinal, op. cit. p. 43

²⁷ Robert Pampalon, L'Etat de santé des Québécois. Un bref bilan des indicateurs disponibles. Services des études de santé du MAS, Québec, janvier 1986, 23 pages.

²⁸ Ibid. p. 4.

Pour que la prévention ait un impact sérieux sur l'amélioration de la qualité de vie, on doit s'attaquer aux habitudes de vie des gens, ce qui est difficile et extrêmement coûteux à moyen et long terme.

C 3. c) La prévention comme outil de gestion

Puisque l'Etat devait choisir un outil de gestion pour contrôler tout le social, pourquoi ne choisirait-il pas la prévention ? Cet outil de gestion, par l'entremise des programmes et services, permet de cerner les problématiques individuelles et communautaires et de proposer dans la mesure du possible des solutions.

l'Etat s'est constamment affirmé comme gestionnaire du social; il organise et structure une "socialité étatique"... qui enferme les populations dans le giron d'une prévention grâce à laquelle le tout social peut s'ordonner en fonction des critères de productivité et d'efficacité définis par l'Etat. Difficile de ne pas acquiescer à l'image du contrôle raffiné qui se présente sous la figure d'une gestion "scientifique et bienveillante" étendant ses tentacules dans les comportements les plus intimes des individus. 29

²⁹ Gilbert Renaud, "La prévention entre le contrôle et l'autogestion", tiré de la Revue internationale d'action communautaire, Montréal, no. 11;51, printemps 1984, p. 3.

Les forces de travail qui subissent ce contrôle aimeraient plutôt autogérer cette prévention afin d'acquérir une emprise sur leurs conditions de vie et de travail. 30

Est-ce que l'autogestion de la prévention serait une solution ? Cette question est à peine effleurée par les différents auteurs.

C 4.)... comme issus de la réforme de la santé et des services sociaux

Cette réforme a fait l'objet de beaucoup de discussions et d'écrits. Avant même que la loi 65 soit votée, une commission parlementaire avait reçu de nombreux mémoires portant sur le sujet. Après l'adoption de la loi 65, la réforme continuera à faire l'objet de critiques de tous les milieux. Monsieur Camille Laurin, Ministre de la santé et des services sociaux en 1985, a institué une commission présidée par le Dr. Rochon pour évaluer le réseau des Affaires sociales et formuler des recommandations. En plus des Lesemann et Godbout, nous avons également retenu un autre critique de cette réforme, celle du Dr. Gilbert Blain, professeur au département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Nous référons donc le lecteur au chapitre deux lequel portera sur ce sujet.

30 Ibid. p. 4

D) Ce qu'on a écrit sur la politique de planification des naissances

Dans l'élan de la Révolution tranquille, toute la vie culturelle sociale, économique et politique québécoise sera modifiée. L'implantation d'un programme de planification des naissances a été l'une des revendications les plus controversée de cette époque, claiionnée notamment par la Fédération du Québec pour le planning des naissances, par les groupes féministes et par le Parti Québécois. Une politique gouvernementale en vue d'un tel programme sera annoncée en 1972, en 1976, le gouvernement libéral de l'époque en adopte les orientations.

Nous nous intéressons particulièrement à la période qui s'étendra jusqu'au début des années 1980. Les écrits dont nous nous servirons porteront surtout sur l'implantation du service au Québec et sur la controversée question de l'avortement. De plus, nous nous sommes intéressé au rôle qu'ont joué les C.L.S.C. dans ce processus d'implantation.

Nous ferons donc peu référence aux écrits de la Fédération du Québec pour le planning et nous utiliserons davantage les écrits provenant de la Fédération des C.L.S.C. du Québec, particulièrement Fédé Express, la revue de la Fédération, de même que l'énoncé de la position de la Fédération sur ce sujet ³¹ et les résolutions de la Fédération adoptées lors de ses congrès annuels.

³¹ Michel Perreault, Position de la Fédération des C.L.S.C. du Québec sur la planification des naissances et l'avortement, Montréal, 30 septembre 1978, 22 pages.

Nous nous référerons également à des documents gouvernementaux tels que la "Politique" (1972) et les "Orientations" (1976) du MAS sur le planning, le Cadre de référence pour l'élaboration et la présentation des projets au MAS (1976), Programmes en planning des naissances; la "Politique" du MAS (1980), etc. Certains écrits provenant du Conseil du statut de la femme seront également utilisés; le plus connu est sans doute : Pour les Québécoises égalité et indépendance.³²

Pour ce qui est de la question de l'avortement, nos principaux documents de référence seront le rapport Badgley³³, un recueil de conférences intitulé Sexualité, fertilité, planification des naissances³⁴, le Livre rouge de l'avortement³⁵, et divers autres documents de cette nature.

D 1.) ... comme issue du discours féministe

Le débat entourant la planification des naissances et l'avortement a été suscité surtout par des femmes qui voulaient s'exprimer librement sur cette question. Le discours féministe semblait clair, les femmes

³² Conseil du statut de la femme, Pour les Québécoises : égalité et indépendance, Editeur officiel du Québec, Québec, 1978, 335 pages.

³³ Robin Badgley, Denise Caron-Fortin, Marion G. Powell, Rapport du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, Editions Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Janvier 1977, 524 pages.

³⁴ J.H. Gourgues, G. Leclerc, J. Tremblay, Sexualité, fertilité, planification des naissances, Editions Prince, Sherbrooke, 1978, 305 pages.

³⁵ Dr. et Mrs. J.C. Willke, Le livre rouge de l'avortement, Editions France-Empire, Paris, 1973, 236 pages.

voulaient être libres de disposer de leur corps comme bon leur semblerait. Cette revendication n'était pas isolée mais faisait partie intégrante d'un ensemble de revendications par lequel les femmes cherchaient à atteindre un niveau d'indépendance semblable à celui des hommes.

Le discours féministe contemporain n'est pas difficile à cerner. La prolifération des écrits, particulièrement en provenance de la gauche, nous oblige cependant à faire un choix un peu serré quant aux ouvrages retenus pour véhiculer les grandes idées de ce discours. On peut commodément identifier deux blocs, la "gauche" et la "droite", chacun défendant des positions cohérentes bien que souvent opposées.

Simone de Beauvoir ³⁶, Kate Millet ³⁷, et Germaine Greer ³⁸, illustrent bien la position de la "gauche" et Dee E. Jepsen ³⁹ celle de la "droite". Celle qui illustre le mieux la pensée féministe de la gauche est sans doute Simone de Beauvoir. Elle refuse d'adhérer à la théorie du nominalisme qu'elle qualifie de "doctrine un peu courte" ⁴⁰. Elle ne se définit pas seulement comme un être humain mais comme une femme.

³⁶ Simone de Beauvoir, Le deuxième sexe - I, Editions Cellimard, 1949, Collections Idées, Paris, 510 pages.

³⁷ Kate Millet, La Politique du mâle, Collection Points-Actuels, Editions Stock, France, 1971, 461 pages.

³⁸ Germaine Greer, La femme Eunuque, Editions du Jour/Robert Laffont, Montréal et Paris, 1971, 431 pages.

³⁹ Dee Jepsen, Women Beyond Equal Rights, World Books publisher, Waco, Texas, 1984, 238 pages.

⁴⁰ Simone de Beauvoir, op. cit. p. 13.

"Si je veux me définir, je suis obligée d'abord de déclarer : "Je suis une femme"; cette vérité constitue le fond sur lequel s'élèvera toute autre affirmation". ⁴¹

A la base de tous les conflits sexistes se trouve le fait que les femmes se définissent elles-mêmes et sont définies par les autres d'abord en fonction de leur sexe, alors que l'homme ne se définit pas en fonction de son sexe. Les féministes revendiqueront une égalité qui ne soit pas définie en fonction du sexe. Elles ne veulent pas être considérées comme des moyens de reproduction, ni comme la propriété privée de leurs pères ou de leurs maris. Le mariage, les enfants et les tâches domestiques ne constituent plus, ni leur seule identité, ni leur seule aspiration. Elles réclament désormais leur indépendance et une part du pouvoir hors du foyer.

Dee E. Jepsen affirme pour sa part qu'il ne faut pas renier les valeurs traditionnelles, mais les définir et les valoriser en fonction du nouveau rôle que la femme est appelée à jouer au sein du mariage et de la famille.

La gauche se prononcera franchement en faveur des programmes de planning des naissances et d'avortement, alors que la droite s'y objectera tout aussi franchement, pour des raisons d'ordre moral et religieux.

⁴¹ Simone de Beauvoir, op. cit. p. 14

D 2.) ... comme produit de la Révolution tranquille

Au début des années soixante, le Québec a porté au pouvoir un gouvernement qui s'était donné comme mandat de couper avec les traditions. Il a entrepris une série de réformes majeures, notamment dans le domaine de l'éducation et dans le domaine des affaires sociales. Tous ces changements ont été analysés par plusieurs auteurs, dont Daniel Latouche ⁴², François-Pierre Gingras et Neil Nevitte ⁴³, et Fernand Dumont ⁴⁴.

Alors que plusieurs auteurs considèrent que le Québec a connu des changements profonds au niveau des valeurs et des mentalités, entraînant des modifications institutionnelles et sociales, d'autres croient par contre, qu'il y a une transformation plus arbitraire et plus élitiste des institutions ne correspondant pas forcément à une transformation radicale des mentalités.

"Il est exagéré et trompeur
d'affirmer que la Révolution
tranquille a changé la face du Québec
en transformant radicalement les
mentalités. Certes, la Révolution
tranquille a permis l'émancipation de
forces séculières d'un impact

⁴² Daniel Latouche, "La vraie nature de... La Révolution tranquille", Revue canadienne de science politique, VII no. 3, septembre 1974, imprimé au Canada, p. 526-536.

⁴³ François-Pierre Gingras, Neil Nevitte, "La Révolution en plan et le paradigme en cause", Revue Canadienne de science politique, XVI no. 4, décembre 1983, imprimé au Canada, p. 691-716.

⁴⁴ Fernand Dumont, "Notre culture entre le passé et l'avenir", tiré de la Vigile du Québec, Editions Hurtubise, H.M.H. Ltée. Montréal, 1971.

politique énorme... Les valeurs
 "nouvelles" de la Révolution
 tranquille n'imprègnent pas encore
 l'ensemble de la société québécoise."

45

D'autres auteurs, tel Daniel Latouche, voient dans la Révolution tranquille une lutte de pouvoir entre la classe bourgeoise traditionnelle et la nouvelle petite bourgeoisie technocratique qui veut transformer le rôle de l'Etat et séculariser ses institutions. Cette approche a un certain fondement mais ne fait pas l'unanimité et nous adhérons pour notre part à la thèse selon laquelle la société québécoise serait plus traditionnelle qu'on ne le pense.

Au niveau du Québec, l'élite au pouvoir qui adhère aux "nouvelles valeurs" diffuse notamment des textes en faveur de la planification des naissances.

Nous avons déjà mentionné au début de cette section quelques textes pertinents. Il faut aussi noter des textes de référence, tel que le Manuel-guide en planification des naissances de Michelle Guay et ses collaborateurs, ainsi qu'un programme de support en planification des naissances provenant du laboratoire de recherche de l'Ecole de service social de l'Université Laval.

⁴⁵ François-Pierre Gingras, Neil Nevitte, op. cit. p. 715.

Au plan régional, les C.L.S.C. de Hull et des Draveurs sont d'éloquents porte-parole des valeurs modernisatrices. La documentation du C.L.S.C. des Draveurs a été particulièrement utile. Les écrits les plus pertinents ont été la demande initiale adressée par le C.L.S.C. au MAS pour obtenir leur programme ⁴⁶ et les deux évaluations de ces programmes ⁴⁷. Le C.L.S.C. de Hull n'a fourni que très peu de documents et sa collaboration a été minime. Une dernière source importante de renseignements est la revue féministe La vie en rose, dans laquelle ont été publiés plusieurs articles portant sur le planning des naissances et sur l'avortement.

Afin d'évaluer ces programmes, il nous fallait un cadre d'analyse souple. Nous avons retenu le modèle simple et accessible développé par François-Michel Denis qui nous permettra d'analyser toutes les étapes dans la forme de l'évaluation d'un programme.

"L'évaluation telle qu'envisagée dans le présent chapitre, réfère à un ensemble d'activités reliées à une collecte systématique de données, permettant d'améliorer le processus de prise de décision des gestionnaires et des intervenants lors de la planification et du développement de services à la communauté." ⁴⁸

⁴⁶ C.L.S.C. des Draveurs, Présentation de projet, Demande d'un programme de services de consultation en planification des naissances, Gatineau 1978, 16 pages.

⁴⁷ Raymond Beaudoin, Julien Bédard, Linda McKenzie, Line St-Onge, Charles Théroux, Rapport d'évaluation du programme de planification des naissances du C.L.S.C. des Draveurs, Ottawa, 1982, 52 pages.

⁴⁸ Jean Beaudry "L'évaluation de programme" Université Québec, Sillery, 1984

D 3.) ... et le cas particulier de l'avortement

Pour traiter de cette question, les textes abondent. Depuis 10 ans, l'avortement est légal, mais pas une année ne se passe sans que ne paraissent des dizaines d'articles dans les revues les plus lues aux Etats-Unis, au Canada et au Québec. Partout, les deux mouvements qui s'affrontent sur cette question ("Pro-choix" et "Pro-vie") publient de nombreux textes sur ce sujet. On peut se faire une idée du ton et de l'argumentation en parcourant par exemple... Le Planning des naissances et la société ⁴⁹ par Right to Life Association of Toronto and Area et L'avortement en 1982 par la Vie en rose. ⁵⁰

L'avortement au Canada n'est légal que pour les cas d'avortement thérapeutique à incidence médicale. Nous avons consulté plusieurs textes sur l'avortement dont l'un des plus intéressants fut le résumé du colloque "Les intervenantes(ts) des C.L.S.C. face à l'avortement" en novembre 1983, car il nous donne un aperçu chronologique du débat au Québec sur cette question et parce qu'il offre également un résumé de la cause Morgentaler.

En terminant, le C.L.S.C. des Draveurs a été très généreux en nous donnant accès à tout le dossier concernant le débat de l'avortement dans

⁴⁹ Right to Life Association of Toronto and Area, Le Planning des naissances et la société, Editions Mouvement Vivere inc., Hull, septembre 1980, 18 pages.

⁵⁰ La Vie en Rose, "L'avortement en 1982", Production les années '80, Montréal, mars-avril-mai 1982, p. 18-38.

l'Outaouais et sur la mise sur pied du Centre de Santé des femmes. Ainsi nous avons obtenu le dossier de presse, les résolutions votées par certains C.L.S.C. pour appuyer une clinique d'avortement ⁵¹ des extraits de procès-verbaux du Centre hospitalier Sacré-Coeur ⁵², des procès-verbaux et des textes d'implantation pour le Centre de santé des femmes, etc.

Ces documents nous ont été d'un apport précieux et nous ont permis d'éviter de passer des heures à fouiller dans des bibliothèques ou des centres de recherche pour les obtenir.

Cette revue des écrits avait comme objet de faire un tour d'horizon des principaux textes qui ont servi directement ou indirectement à la rédaction de notre thèse. Cela permettra aux lecteurs d'avoir une meilleure compréhension du sujet dans les pages à venir.

⁵¹ C.L.S.C. Vallée de la Gatineau, Extrait du Conseil d'administration du C.L.S.C. de la Vallée de la Gatineau, le 13 juin 1978 à 17h30, Résolution no. 78-66, Planification des naissances.

⁵² Centre hospitalier Sacré-Coeur, extraits de procès-verbaux, Résolution relative à : Comité d'avortement thérapeutique, Hull, le 9 mai 1978.

CHAPITRE DEUX

LES C.L.S.C.

A) Création et développement des C.L.S.C.

A 1.) L'avant-réforme...

Le 9 novembre 1966, le Conseil exécutif émettait l'arrêté en conseil numéro 2046 "concernant la création d'une commission d'enquête sur la santé et le bien-être social"⁵³. Dans l'introduction du volume de l'assurance maladie, les membres de la commission expliquent le contexte d'évolution dans lequel elle a été instituée.

Depuis la période de crise des années trente et, plus particulièrement, depuis la seconde guerre mondiale, le Québec a été le témoin et partisan d'une expansion de la sécurité sociale. Au cours de cette période, la population et les autorités ont progressivement pris conscience du fait que, dans un monde qui s'industrialise et s'urbanise à un rythme accéléré, les problèmes sociaux ne peuvent plus être abordés comme des problèmes individuels ni résolus exclusivement au niveau de la famille et de la communauté locale. Sous la pression des besoins, les mesures se sont multipliées de sorte que, aujourd'hui, la principale caractéristique du système de sécurité sociale québécois, c'est la

⁵³ Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, L'Assurance-maladie, Vol. I, Gouvernement du Québec, 1967, l'Editeur Officiel du Québec, Québec, page IX et XI.

grande diversité des régimes qui le constituent.

L'importance du développement de la sécurité sociale et des fonctions que, par le fait même, l'État doit assumer dans les domaines social et économique rend nécessaires une définition et une orientation nouvelles du rôle des organismes et des individus oeuvrant dans les domaines de la santé et du bien-être social. Une telle transformation, à cela rien de surprenant, ne peut se produire sans qu'il en résulte de longs débats, des tensions, en somme un vaste processus collectif de remise en question dont les manifestations extérieures sont multiformes. ⁵⁴

C'est ce contexte d'évolution tant québécois que canadien que nous aborderons dans cette partie du deuxième chapitre.

Les quelques années qui ont précédé la création de la C.E.S.B.E.S. et le dépôt de son rapport ont fourmillé de diverses réformes dans le domaine de la sécurité sociale et des politiques sociales. Ainsi à partir du début des années cinquante, on a vu l'implantation et l'extension de services au niveau de la sécurité de la vieillesse, des allocations familiales et de l'assurance hospitalisation (1957 au Canada, janvier 1961 au Québec). ⁵⁵

⁵⁴ Ibid. p. XI.

⁵⁵ Frédéric Lesemann, Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux du Québec, Editions coopératives Albert St-Martin, Montréal, 1981, p. 24.

Mais pourquoi l'Etat intervient-il plus directement dans ce domaine à partir de cette époque ? Frédéric Lesemann suggère que la sécurité sociale est devenue pour l'Etat un mécanisme de planification économique.⁵⁶ Il est évident que l'évolution de l'état de santé d'une population est un facteur important qui peut influencer le développement économique et la productivité d'une société. Cependant nous croyons également que l'Etat intervient dans ce domaine parce que le citoyen n'a ni la capacité ni les moyens de choisir les services sociaux et de santé dont il a besoin. En catégorisant les différents types de services, le citoyen a déjà un chemin tracé pour trouver réponse à ses besoins.

Nous partageons avec Frédéric Lesemann cependant l'argumentation à l'effet que toute intervention dans ce domaine a comme objectif la rationalisation des ressources financières et humaines, et permet à l'Etat de régulariser la demande. Nous nous interrogeons donc sur le processus de développement social versus le développement économique. Nous reprendrons ce thème dans la partie consacrée à la C.E.S.B.E.S.

A 1. a) au Canada

Au niveau canadien, deux provinces, soit la Saskatchewan (1962) et l'Alberta (1963)⁵⁷ ont précédé à la fois le gouvernement canadien et le gouvernement québécois dans le domaine de l'assurance hospitalisation.

⁵⁶ Ibid. p. 8

⁵⁷ Ibid. p. 54

Ces différentes initiatives ont incité le gouvernement fédéral à instituer la Commission Royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall 1961). L'intervention de l'Etat est donc vue "comme une réponse organisationnelle à des besoins de la population".⁵⁸

La Saskatchewan a établi un régime complet et obligatoire (de couverture des soins médicaux)... [Cette initiative] se fonde sur la reconnaissance du fait que les Canadiens désirent très fortement l'intervention du gouvernement dans le domaine des soins personnels de santé. Cependant... le manque d'harmonie [du régime] fait voir le danger auquel le Canada doit faire face s'il laisse la planification des services de santé et la couverture des soins de santé uniquement à l'initiative et aux ressources financières des diverses provinces sans assurer des normes suffisantes de services de santé aux Canadiens d'un bout à l'autre du pays. [...] sans faire le meilleur usage des ressources présentes des services de santé et de celles qui proviendront d'une planification intégrée et coopérative sur une base nationale et non politique.⁵⁹

⁵⁸ Ibid. p. 56.

⁵⁹ Rapport de la Commission Royale d'enquête sur les services de santé, Vol. I, Gouvernement du Canada, Ottawa 1964, pages 20 et 21, tiré de Frédéric Lesemann du Pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec, Editions coopératives Albert St-Martin, 1981, p. 56.

Viendra par la suite le Comité d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada (Rapport Willard) en 1969 et qui avait comme mandat de "trouver des mécanismes d'incitation à une diminution draconienne de la croissance du coût des services".⁶⁰

En 1972 est publié le rapport du Groupe d'étude sur les centres de soins communautaires (Rapport Hasting). Par ce rapport le gouvernement fédéral évaluait la vie originale qu'offraient les centres de soins communautaires pour freiner l'augmentation des coûts de santé et pour offrir une nouvelle perspective de dispensation des soins plutôt axée sur une conception de la santé globale. Cette étude est suivie en 1974 par le document intitulé "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens" qui, selon, Lesemann a eu un effet remarquable tant au Canada qu'à l'étranger.

Selon Marc Renaud, c'est une nouvelle conception de la gestion de la santé qu'offre ce document.

C'est la première fois dans le monde capitaliste à ma connaissance qu'un document gouvernemental officiel affirme qu'il ne s'agit plus pour les gouvernements de réorganiser et de mieux administrer le système de services mais qu'il faut sensiblement modifier les tendances actuelles de l'allocation de ressources, du curatif vers le préventif, de la pratique médicale vers des actions visant à éliminer les facteurs de risques

⁶⁰ Ibid. p. 67

individuels (cigarette, alcool, mauvaise alimentation, manque d'exercice physique, etc.) et à corriger les aspects pathogènes de l'environnement.⁶¹

Ces différents rapports et documents auront un impact sur la réforme entreprise au Québec. Certains des thèmes énoncés ci-haut seront repris dans le rapport de la C.E.S.B.E.S. La création des centres locaux de services communautaires aura certainement été influencée par le comité d'étude sur les centres de soins communautaires.

A 1. b) ... au Québec

Avant 1960, on peut dire que l'organisation des services de santé et des services sociaux se fait au niveau local et sous le contrôle de l'Eglise catholique.

L'Eglise catholique et ses institutions avaient le quasi-monopole de la régulation des affaires sociales, avec le consentement d'ailleurs du gouvernement. La plupart des hôpitaux et des agences de service social sont créés et dirigés par les autorités religieuses; ainsi le territoire de service social correspond

⁶¹ Marc Renaud, "Crise de la médecine et politique de santé les leçons impossibles", 1, 2 Montréal 1977, p. 37, tiré de Frédéric Lesemann Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec. Editions coopératives Albert St-Martin, Montréal, 1981, p. 75.

le plus souvent à celui des diocèses où ils ont été implantés.⁶²

Au contrôle de l'Eglise s'ajoute le contrôle de certaines professions libérales telles que la médecine et le travail social. Nous verrons que ce sont ces deux groupes de professionnels qui réagiront le plus vivement pour s'opposer à la réforme lors de la présentation des mémoires à la C.E.S.B.E.S. Pourquoi ? Parce qu'ils sont, avec l'Eglise, détenteurs d'une certaine connaissance et d'un certain pouvoir sur la société québécoise et parce qu'avec l'avènement d'une réforme comme celle proposée par la C.E.S.B.E.S. survient également l'avènement d'une nouvelle classe dirigeante.

Pour illustrer l'absence presque totale du gouvernement durant la période d'après-guerre dans ce domaine, il suffit de regarder les revenus des hôpitaux. En 1949, 8,9% du budget des hôpitaux provient du gouvernement provincial, les gouvernements municipaux fournissent à peu près le même montant, alors que l'Eglise, par la charité privée, en fournit 13,3%. En 1958, la contribution avait même baissé à 1,1% des revenus totaux, alors que la part des patients hospitalisés était passée de 67,5% (en 1949) à 91,5%⁶³, la différence venant de la charité publique.

⁶² Vincent Lemieux, François Renaud, Brigitte Von Schoenberg, "La régulation des affaires sociales, une analyse politique", Administration publique du Canada, S.L., octobre 1974, p. 37.

⁶³ J.-Y. Rivard, L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec-Annexe 2 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, 1970, Editeur officiel du Québec, p. 30-31 et 114.

Dans le domaine des services sociaux, la distribution du financement est semblable, "les revenus de ces organismes proviennent en très grande partie jusqu'en 1960, des campagnes annuelles de charité".⁶⁴

L'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé et des services sociaux a commencé très tôt. En 1887, le gouvernement québécois adopte la loi sur l'hygiène créant ainsi le Bureau d'hygiène et le Conseil supérieur d'hygiène. Dès 1926, on crée les premières unités sanitaires et en 1936, on voit la naissance du ministère de la Santé et du bien-être social.

La loi dont l'impact a été le plus fortement ressenti à cette époque fut la Loi sur l'assistance publique votée en 1922 et qui permettait le financement des ressources matérielles. Après la santé ce fut les services sociaux avec en 1946 la création du ministère de la Jeunesse et la création de la Cour du bien-être social en 1950.⁶⁵

Malgré une intervention plus structurée de l'Etat québécois pour la période antérieure à 1960, celle-ci est caractérisée par "une action gouvernementale qui porte surtout sur les ressources matérielles et sur les

⁶⁴ Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Vol. VI, Les Services sociaux, Vol. 6, Tome I, Gouvernement du Québec, 1972, Editeur officiel du Québec, p. 54.

⁶⁵ Vincent Lemieux, François Renaud, Brigitte VonSchoenberg, op. cit. p. 39-41.

appuis et la prédominance qui s'ensuit de la régulation communautaire, sur la régulation gouvernementale".⁶⁶

C'est à partir de 1960 que le portrait socio-sanitaire du Québec commence à se modifier. Ces modifications coïncident avec une période de changements socio-politiques au Québec et qui a été qualifiée de "Révolution tranquille".

Ces modifications débutent en janvier 1961 par l'adoption de l'assurance-hospitalisation qui permet à la population une meilleure accessibilité aux services de santé et une augmentation importante de financement des ressources matérielles. En 1965, 78,6% du financement des hôpitaux provient du Gouvernement du Québec.⁶⁷ Ces modifications se poursuivent avec l'adoption en 1966 de la Loi de l'assistance médicale et en 1970 de l'assurance-maladie. C'est à partir de ce moment et plus précisément avec l'adoption en 1972 de la loi 65 qu'apparaît la terminologie l'Etat providence (Welfare State) pour qualifier le type d'intervention préconisée par le gouvernement du Québec. Mais avant de parvenir en 1972 à cet état de fait, un comité ayant comme mandat d'étudier l'assistance publique a été créé en 1961, ce fut le Comité Boucher. Les recommandations formulées dans le rapport de ce comité seront révélatrices quant à la prise en charge que l'Etat devra assumer tant au niveau social qu'économique et nous permettront de comprendre les changements cités ci-haut. Ceci est

⁶⁶ Ibid. p. 41.

⁶⁷ J.-Y. Rivard, op. cit. p. 114.

clairement illustré par la première recommandation du rapport Boucher publié en juin 1963.

Recommandation 1

Le gouvernement du Québec devrait dans les limites de ses attributions intensifier l'application d'une politique économique et sociale d'ensemble orientée vers la solution des problèmes dont le ministère de la Famille et du bien-être social a en grande partie à supporter les conséquences sans être pour autant en mesure d'en corriger toutes les causes.⁶⁸

Nous considérons que l'apport le plus important du Rapport Boucher est de faire disparaître : "la notion inadmissible de charité publique pour la remplacer par la notion de justice sociale.⁶⁹ Cette notion sera reprise dans le premier volume du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social portant sur l'assurance-maladie.

Pas surprenant de voir que trois ans après la publication du rapport du Comité Boucher, le gouvernement québécois institue une commission d'enquête qui aura comme mandat de revoir en profondeur tout le système socio-sanitaire.

⁶⁸ Gouvernement du Québec, Comité d'étude sur L'Assistance publique (Comité Boucher), Recommandations, juin 1963, p. 214.

⁶⁹ Ibid. p. 118, (le souligné est de l'auteur).

L'émergence d'une nouvelle classe moyenne dirigeante qualifiée de technocratique remplaçant l'ancienne classe moyenne à domination rurale et religieuse, l'augmentation des besoins en services socio-sanitaires, la nécessité de contrôler l'augmentation des coûts de ces services sont autant de facteurs qui motiveront la création de la C.E.S.B.E.S. et toute la réforme qui en résultera.

Le Comité Boucher lancera donc un défi au gouvernement québécois par l'entremise de sa deuxième recommandation.

Il importe que la politique économique et sociale d'ensemble du gouvernement du Québec soit coordonnée dans ses parties et cohérente dans ses orientations.⁷⁰

La C.E.S.B.E.S. par son mandat essaiera de relever le défi de définir une politique sociale cohérente qui sera complémentaire à la politique économique du gouvernement. Nous croyons que la C.E.S.B.E.S. réussira dans cette entreprise.

A 2.) La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social

Formée en 1966, la Commission avait le mandat

de faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social et

⁷⁰ Ibid. p. 214.

sans restreindre son mandat, en particulier sur les questions relatives

- a) à la propriété, à la gestion ainsi qu'à l'organisation médicale des institutions hospitalières et des institutions dites de bien-être social;
- b) à l'assurance-hospitalisation telle qu'actuellement appliquée;
- c) à l'établissement de l'assurance-maladie;
- d) à l'acte médical ainsi qu'à l'évolution de l'activité médicale et para-médicale;
- e) aux mesures d'aide sociale et à leur développement;
- f) à la structure et au rôle des divers organismes ou associations s'occupant de la santé et du bien-être social;
- g) aux mesures d'hygiène et de prévention;
- h) aux effectifs médicaux et para-médicaux ainsi qu'à l'équipement;
- i) à l'enseignement et à la recherche;

le tout en fonction des besoins de la famille et des individus.⁷¹

⁷¹ Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, L'assurance-maladie, op. cit. p. IX et X.

Malgré tous les changements sociaux et politiques de l'époque, le concept de la famille était encore très présent et reviendra à plusieurs reprises dans les textes de la C.E.S.B.E.S. En effet, il existe un rapport étroit entre le concept de la famille et toute la question du contrôle des naissances.

Le mandat de la C.E.S.B.E.S. était précis dans ses attributs et général dans sa recherche. Le gouvernement lui a précisé les sujets qu'il voulait voir étudiés mais a laissé la commission libre dans sa recherche et dans la manière dont elle devait aborder les sujets.

Tous le développement social sera tributaire des objectifs de la C.E.S.B.E.S. et de la notion de sécurité sociale. Ainsi la commission dans son premier rapport exposera ses objectifs fondamentaux.

Les objectifs fondamentaux d'une politique qui veut garantir la sécurité que les hommes recherchent sont essentiellement :

- le respect et la sauvegarde des valeurs humaines
- le développement optimal de ces valeurs
- l'épanouissement des valeurs culturelles communément reconnues et

- la protection des individus et des familles contre certaines conséquences néfastes des changements sociaux. ⁷²

Que sont ces changements sociaux néfastes ? Nous tenons compte que la société québécoise a connu à cette époque des changements économiques accélérés et l'avancement technologique a également contribué à des heurts sociaux.

C'est pour ces raisons que la C.E.S.B.E.S. a été très préoccupée d'harmoniser le développement social au développement économique. Cette harmonisation sera pourtant difficile à cause des luttes de classes qui se feront par l'intermédiaire des représentants corporatifs et associatifs de ces différentes factions.

Plusieurs verront la nomination de Monsieur Castonguay, à titre de président de la commission, comme étant la preuve de l'ascendance technocratique et économique sur l'appareil gouvernemental. Nous partageons l'avis de Frédéric Lesemann quant aux justifications économiques de l'intervention de l'Etat dans le domaine socio-sanitaire.

la pauvreté est une cause de maladie
et la maladie une cause de pauvreté...

⁷² Ibid. p. 3.

les soins ne peuvent plus être
aujourd'hui considérés comme de
simples biens de consommation
privée...

les mécanismes du marché sont
défaillants dans le cas des soins... 73

Si nous croyons que la C.E.S.B.E.S. a réussi à établir une certaine
cohérence dans la distribution des services socio-sanitaires au Québec, nous
croyons par contre qu'elle a échoué dans son objectif de régularisation des
coûts.

La C.E.S.B.E.S. : échec ou réussite ? Cette interrogation peut nous
sembler un peu brusque mais si elle est posée en ces termes c'est qu'elle
reflète la réalité des années 80 où tout semble se mesurer en termes de
réussite ou d'échec. Nous croyons que la réforme entreprise par la
C.E.S.B.E.S. n'est pas une réussite complète pas plus qu'elle n'est un échec.
Affirmation ambiguë, non, l'explication en est simple.

Avant 1960, la communauté était le principal acteur dans la
dispensation des services sociaux et de santé. A partir de 1960, l'Etat
intervient de façon progressive pour devenir à partir des années 70
l'unique acteur. Les objectifs poursuivis : rationaliser les services et
contrôler l'augmentation des coûts. En agissant ainsi, l'Etat-providence a
dépersonnalisé les services offerts auparavant par la communauté et a
déresponsabilisé la communauté vis-à-vis ces services. Nous croyons que

73 Frédéric Lesemann, op. cit. p. 95-96.

cela a créé un climat passif et d'attentisme de la part de la population. Si on a faim, froid et qu'on n'a pas d'emploi, on s'attend à ce que l'Etat nous nourrisse, nous loge et nous trouve un emploi. Il en va de même dans le domaine des services sociaux et de santé.

A 2. a) Rationalisation des services

Sous cet aspect, la C.E.S.B.E.S. poursuivait plusieurs sous-objectifs. Le premier était d'améliorer la qualité de vie des citoyens du Québec. Deux indices quantitatifs nous portent à croire que cet objectif a été atteint. Ainsi l'indice de mortalité infantile a diminué entre 1971 et 1980, il est passé de 173 pour 1 000 naissances à 96 pour 1 000 naissances.⁷⁴

Par le fait même, l'indice de longévité des Québécois a augmenté de façon importante de 1951 à 1981 passant de 64,3 à 71,1 pour les hommes et de 68,3 à 79,2 pour les femmes.⁷⁵ Il reste à savoir si ces indices ont évolué à cause des changements technologiques dans le domaine de la santé ou parce que la population a changé ses habitudes de vie.

Le deuxième sous-objectif était de regrouper et d'harmoniser les services dans une visée de complémentarité et d'efficacité. On voulait également rendre ces services universels et accessibles à l'ensemble du

⁷⁴ Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux connexes, Hull, janvier 1985, p. 6.

⁷⁵ Ministère des Affaires Sociales, Le système de santé et de services sociaux au Québec, Québec, 1985, p. 23.

Québec. Nous croyons qu'à ce niveau, la réforme a partiellement réussi. Avec l'adoption de l'assurance-maladie et avec l'implantation des C.L.S.C. dans les territoires dépourvus de services, l'objectif d'universalité et d'accessibilité a été atteint en grande partie. Cette opinion n'est pas partagée par tous. Ainsi à cause de la crise économique et financière, les régions moins bien pourvues sont souvent laissées pour compte. En ce qui concerne la bureaucratisation des services, seuls les initiés, ceux qui connaissent tous les rouages du système, ont accès à toute la gamme des services.

S'il y a échec, c'est sous l'aspect de l'intégration, de l'harmonisation des services. Bien que les services aient été regroupés sous quatre grandes catégories d'établissements, en misant sur une décentralisation dans les régions, nous partageons l'avis de certains auteurs à l'effet que les responsabilités des différents établissements aient été mal définies; que le concept de santé globale a lui aussi été mal défini et mal compris et que le MAS n'a pas élaboré une politique d'ensemble dans le domaine de la santé et des services sociaux qui aurait traduit ce concept en objectifs réalisables. En plus, une catégorie d'établissements, soit les C.L.S.C. qui devait être la porte d'entrée du système, a été boycottée officieusement par les autres

établissements du réseau et l'establishment médical et social.⁷⁶ Nous croyons aussi que la crise économique des dernières années a ralenti l'allocation des crédits de développement aux établissements. Ceci a eu pour effet que le réseau s'est développé de façon inégale et encore aujourd'hui certaines catégories d'établissements sont favorisées au détriment des autres. Comment peut-on atteindre les objectifs d'intégration, de complémentarité et d'harmonisation devant cet état de faits ?

Face à cette situation on peut se demander si ce n'est pas certains de ces aspects qui ont poussé le gouvernement péquiste à former, au printemps 85, la Commission Rochon dont le mandat était d'évaluer le réseau actuel des services de santé et des services sociaux. Nous ne croyons pas, à la lumière des articles et de deux mémoires (Fédération des C.L.S.C. et C.S.S.S.O.) que nous avons lus, que toute la réforme entreprise dans le cadre de la C.E.S.B.E.S. soit remise en question. Plutôt nous croyons que l'Etat doit trouver les mécanismes appropriés pour harmoniser les services et ralentir l'augmentation des coûts.

⁷⁶ Claude Magnan, "Le Réseau en Faillite", Léonard Aucoin, "Un Véritable réseau des Affaires Sociales. Diagnostic et conditions des réalisations", Claude Desjardins, "Les déficiences du réseau des Affaires Sociales", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXVII, no. 4, Montréal, juillet-août 1981, p. 3-11, ainsi que Gilbert Blain, "La Réforme doit reprendre son second souffle", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXII, no. 1, Montréal, janvier 1985, p. 10-17.

A 2. b) La rationalisation des coûts

Le moyen privilégié par la C.E.S.B.E.S. pour atteindre cet objectif c'est la prévention. En redéfinissant l'approche santé traditionnelle par l'approche santé préventive, l'Etat croyait réduire les coûts de la santé globale (médicale et sociale). Redéfinir n'était pas suffisant, il fallait également l'appliquer. C'est l'application qui sera difficile. Il fallait sensibiliser et informer l'establishment médico-social pour qu'il accepte de changer sa pratique et il fallait allouer les crédits nécessaires pour mettre en oeuvre cette nouvelle idéologie de la santé. Dans les deux cas, l'Etat rencontrera des difficultés majeures. L'établissement (C.L.S.C.) mandaté pour véhiculer cette nouvelle approche sera boycotté par les milieux médicaux et sociaux.

⁷⁷ On verra naître rapidement une série de polycliniques visant la concurrence directe avec les C.L.S.C. Les corporations qui représentent les médecins invitent indirectement leurs confrères à éviter de travailler dans les C.L.S.C. et ceci dès 1975. ⁷⁸

L'étude des crédits affectés au MAS nous révèle également que depuis la réforme, la part affectée au volet prévention est de loin inférieure à la part affectée à la réadaptation sociale et au recouvrement de la santé. Ainsi, en 1984-1985, le secteur prévention et amélioration avec un budget

⁷⁷ Léonard Aucoin, "Un véritable réseau des affaires sociales ? Diagnostics et conditions de réalisation", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXVII, no. 4, Montréal, juillet-août 1981, p. 6-9.

⁷⁸ Guy Bonenfant M.D., Trésorier de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, "A propos des C.L.S.C.", Administration hospitalière et sociale, Vol. XX, no. 10, Montréal, décembre 1974, p. 11-14.

de 340 718 000\$ représente seulement 4,7% du budget total tandis que le budget du secteur recouvrement de la santé et réadaptation sociale totalise 6 681 858 000\$ et représente 92,6% du budget total du Ministère.⁷⁹ L'écart a été sensiblement le même depuis les dix dernières années.

A 2. c) Développement social ou développement économique

Regardons maintenant deux conceptions qui dans l'esprit de certains s'opposent, tandis que pour d'autres elles doivent être complémentaires. Cette dualité est d'autant plus évidente dans une société libérale et pluraliste comme la nôtre. Le concept de développement économique s'harmonise bien avec la nouvelle élite technocratique qui arrive au pouvoir, alors que le concept de développement social demeure la bannière de la faction traditionnelle et cléricale. Ces deux conceptions sont tellement fondamentales qu'elles sont énoncées dès les premières pages du volume I du rapport de la C.E.S.B.E.S. portant sur l'assurance-maladie. Les membres de la commission s'entendent en principe pour dire que ces conceptions doivent être complémentaires.

D'un côté, le progrès social est facteur essentiel de développement économique dans la mesure où il contribue à l'amélioration du potentiel et à l'obtention d'un équilibre nécessaire entre l'offre et la demande pour les différents types de main d'oeuvre. De la même manière,

⁷⁹ Ministère des Affaires Sociales, Le système de santé et de services sociaux au Québec, op. cit. p. 60.

le développement économique est essentiel au soutien de la sécurité sociale. On peut donc dire que le progrès social et le développement économique sont complémentaires et doivent être coordonnés dans l'intérêt du développement global équilibré d'une société. Loin de les confondre, il faut en respecter les objectifs propres car ils procèdent de modèles théoriques et d'observations empiriques différents. Mais il est de toute première importance d'en assurer la coordination qui seule permet d'atteindre les objectifs complets du développement socio-économique global.⁸⁰

« Ces objectifs complémentaires sont d'assurer une sécurité matérielle et le bien-être physique des individus et des familles. La réforme amorcée par la C.E.S.B.E.S. réussira-t-elle à atteindre ces objectifs de complémentarité ?

La mission sociale constitue le poste budgétaire dans lequel on investit le plus au Québec et elle demeure un moteur important du rouage économique. On ne peut pas investir en 1984-1985, dix milliards de dollars dans cette mission⁸¹ sans penser qu'un investissement de cette envergure ne régularise le développement économique et l'employabilité (nombre de travailleurs dans le réseau des Affaires Sociales) au Québec.

⁸⁰ Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, L'Assurance-Maladie, op. cit., p. 4.

⁸¹ Ministère des Affaires Sociales, op. cit. p. 58.

Alors qu'à une époque le développement économique était défini en fonction de la production, on le définit beaucoup plus aujourd'hui en termes de consommation dans une économie de services. Dans ce sens, la consommation de services sociaux et de santé favorise beaucoup plus le développement économique que le développement social. Le réseau des Affaires sociales est ainsi devenu un féroce compétiteur du secteur privé. D'où les nombreuses critiques à l'endroit de l'Etat-Providence qui intervient trop dans un domaine qui pourrait être réservé en plus grande partie au secteur privé.

Lorsque l'Etat intervient directement dans le marché de la consommation, il n'est plus l'agent neutre devant assurer un équilibre entre les deux types de développement.

Les volumes sur le Développement et l'annexe 25 : La société de demain : ses impératifs, son organisation "constituent une réaffirmation vigoureuse du libéralisme économique ou plus précisément du néo-libéralisme, dans la mesure où est clairement reconnue la nécessité de l'intervention de l'Etat dans la gestion des rapports sociaux".⁸² L'éviction de la faction traditionnelle est évidente car l'Etat devient régulateur de la consommation de services pensés et conçus par les technocrates.

⁸² Frédéric Lesemann, op. cit. p. 119

Le développement social conçu comme support au développement économique par les technocrates de l'Etat base son discours sur "l'égalité/inégalité".⁸³

la C.E.S.B.E.S. prend soin de préciser que lorsqu'elle parle d'égalité ce n'est pas seulement d'un "rattrapage" économique jusqu'à un seuil minimum qu'il s'agit pour ceux dont l'inégalité socio-économique est trop flagrante mais encore ce rattrapage doit s'effectuer par le moyen privilégié de la dispensation de services de support et non d'une répartition des revenus.⁸⁴

L'objectif initial de complémentarité entre le développement économique et social ne s'est pas matérialisé.

A-3.) La Loi 65

La mise en place de cette réforme et des principes énoncés va se concrétiser par la présentation du projet de la loi 65. Ce projet de loi était le dernier élément de mise en place des recommandations de la C.E.S.B.E.S. Il a été précédé en 1970, par la Loi de l'assurance-maladie offrant des soins gratuits à toute la population et en 1971 par la création du ministère des Affaires sociales (fusion du ministère de la Santé et du ministère du Bien-être social et de la Famille).

⁸³ Ibid. p.122.

⁸⁴ Ibid. p.123,

Par l'adoption de la loi, l'Etat donne des missions aux établissements, définit et établit par sa réglementation les règles du jeu et crée des catégories précises d'établissements. Pour la première fois la loi reconnaît aux citoyens le droit de recevoir des services sociaux et de santé sans distinction de race, religion, sexe, langue, ascendance, nationalité. L'Etat permet, par le biais de la loi, à la population de participer à la gestion des établissements. Ainsi la loi définit la composition, la provenance, les rôles, les devoirs, les responsabilités et les pouvoirs des conseils d'administrations des établissements créés par celle-ci.

De par sa réglementation, le gouvernement québécois demandera aux établissements de rendre des comptes précis sur les services dispensés, sur l'utilisation du budget, sur la gestion des ressources humaines et sur le traitement des usagers. Ainsi la loi réorganise le réseau des Affaires sociales créant des établissements publics se complétant les uns les autres et sur lesquels la population a droit de regard.

La première version du projet de loi n'a pas été adopté intégralement. En effet, la première version optait pour une régionalisation forte et accordait des pouvoirs évidents aux représentants du Ministère dans les régions. Cette version établissait également un contrôle étatique sur les groupes communautaires et populaires issus des initiatives des citoyens. En commission parlementaire, ces différents groupes ont fait valoir leurs objections et l'Etat a accepté de les dispenser de ce contrôle rigoureux. Ces

mêmes groupes de citoyens craignaient qu'avec l'apparition des C.L.S.C., on tente de récupérer les mouvements de citoyens.

La version finale préconisera surtout une décentralisation plutôt qu'une régionalisation telle que proposée par la C.E.S.B.E.S. Des offices régionaux de santé et des offices régionaux de services sociaux ayant une autorité exécutive puissante et des responsabilités réelles bien définies, nous sommes passés à des offices régionaux des affaires sociales (1^{ère} et 2^e lecture) pour enfin se retrouver en 1971 avec des conseils régionaux de la santé et des services sociaux n'ayant aucune véritable autorité, comme le tableau II l'indique. Qu'est-il arrivé ?

TABLEAU II

I EVOLUTION HISTORIQUE

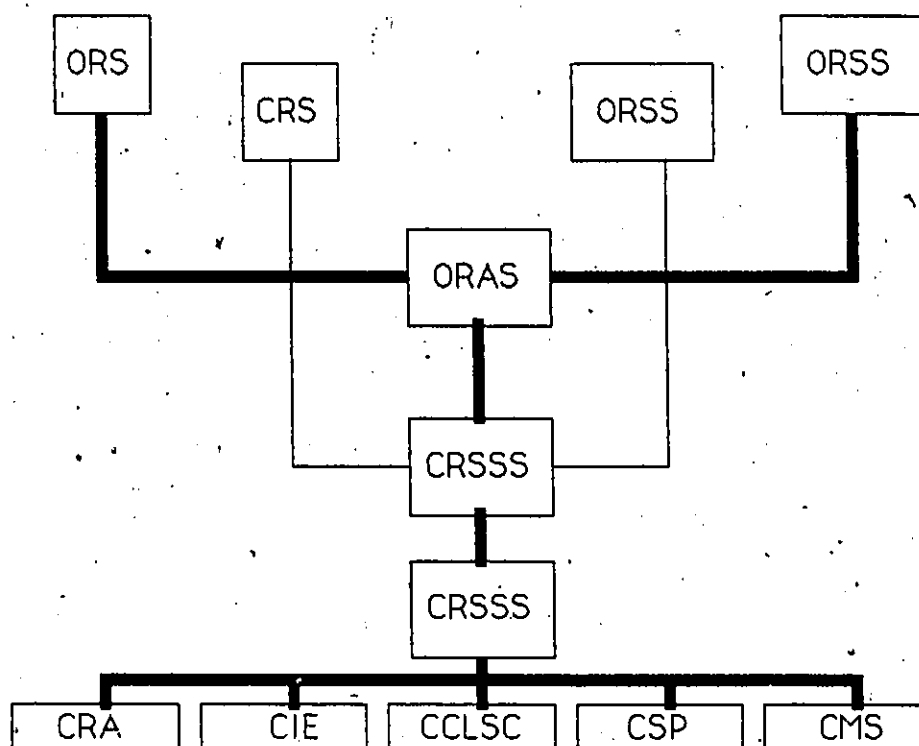
Schéma de l'évolution des structures, du rapport Castonguay-Nepveu à la loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q. 1971, chap. 48).

1er niveau :
Castonguay-
Nepveu

2e niveau :
1ere version
loi 65

3e niveau :
2e version
loi 65

4e niveau :
projet de
loi 10



- SIGLES :
- ORS : Offices régionaux de santé
 - ORSS : Offices régionaux de services sociaux
 - CRS : Conseils régionaux de santé
 - CRSS : Conseils régionaux de services sociaux
 - ORAS : Offices régionaux d'affaires sociales
 - CRSSS : Conseils régionaux de santé et de services sociaux
 - CRA : Commission régionale des achats
 - CIE : Commission des immobilisations et des équipements
 - CCLSC : Commission des CLSC (Centre locaux de services communautaires)
 - CSP : Commission des services psychiatriques
 - CMS : Commission des mésadaptés-sociaux

Nous croyons que la première version du projet de loi était conforme aux recommandations du Volume I portant sur la santé, du rapport de la C.E.S.B.E.S.; la dernière version correspondait plutôt à la version technocratique du contrôle de l'Etat sur la structure administrative. N'oublions pas que les différentes associations corporatives telles que la Fédération des médecins, la Corporation des travailleurs sociaux et des psychologues et l'Association des conseillers sociaux s'étaient organisées au niveau régional. Une lutte de pouvoir s'est donc engagée entre la nouvelle élite technocratique et l'élite professionnelle. En introduisant la participation de la population dans la gestion du réseau, l'Etat modifie les rapports de force et établit un contrôle institutionnel sur les corporations professionnelles. Le projet de loi initial prévoyait également des Centres locaux de soins, version modifiée des Health Community Center américains. Sauf qu'en cours de route les C.L.S. se sont transformés en C.L.S.C. Pourquoi? Dans une entrevue accordée à la revue Médecin du Québec, Claude Castonguay répond à la question de la façon suivante :

"Dans le rapport, nous préconisons des C.L.S., des centres locaux de soins, et ce que nous avons fait c'étaient des centres locaux de services communautaires. De plus, le rapport accordait une voix beaucoup plus grande à ceux qui y participent, soit les médecins, les travailleurs sociaux et les autres. Alors il y a eu au moins ces deux changements en regard du rapport de la commission. La raison pour laquelle nous avons introduit la première, c'est que nous croyions à l'époque que si la fusion avec les

services sociaux ne se faisait pas dès le départ, elle ne se ferait jamais." ⁸⁵

Pour mieux comprendre ce mariage, regardons un peu ce que la C.E.S.B.E.S. préconisait. Dans le Volume IV portant sur la santé, la Commission introduit le modèle social pour la distribution des soins. Le modèle social tient compte non seulement de la maladie comme problème organique (médecine traditionnelle) mais également de son environnement et de ses interactions avec celui-ci. Le Centre local de santé devait véhiculer ce nouveau concept. Pour la C.E.S.B.E.S. trois principes fondamentaux devaient présider à cette réforme. Le premier était de "coordonner l'activité médicale au niveau local et régional pour rendre les soins disponibles, facilement accessibles et acceptables". ⁸⁶ Ce sont les C.L.S.C. qui ont écopé de cette mission.

Le réseau des services sociaux, pour sa part, était moins bien organisé. En 1952-53, seulement 14 organismes de services sociaux existaient dans la province alors qu'en 1970-71 ils étaient 26. ⁸⁷ Ils étaient incorporés en vertu de la troisième partie de la loi des compagnies ou de la loi des

⁸⁵ Médecin du Québec, "Quelques années plus tard", entrevue avec Claude Castonguay, Médecin du Québec, Vol. 12, no. 11, Montréal, novembre 1977, p. 48-63.

⁸⁶ Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Deuxième partie, Vol. IV, "La Santé", tome II, titre deuxième "Le régime de la santé", Gouvernement du Québec, Editeur Officiel du Québec, Québec, 1970, p. 41.

⁸⁷ Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Quatrième partie, Vol. VI, "Les services sociaux", tome I, Gouvernement du Québec, Editeur Officiel du Québec, Québec, 1972, p. 53.

évêques. L'arrivée d'une nouvelle catégorie d'intervenants (travailleurs sociaux) a profondément malifié le modèle de distribution des services.

Deux méthodes s'opposent :

"on peut établir des relations simples, mécaniques et behavioristes, de cause à effet ou de stimulus à réponse; ou bien selon une méthode tout aussi justifiée on peut les situer d'emblée comme parties constituantes d'un tout organique dont on examinera ensuite tous les rapports : dynamiques mesurables tant internes qu'externes."⁸⁸

La C.E.S.B.E.S. optera pour la deuxième méthode qui se base sur deux niveaux fonctionnels : l'intégration et la promotion, et sur deux approches distinctes mais complémentaires : la prévention et la thérapie.⁸⁹ Nous croyons que le projet de loi a récupéré l'approche préventive au niveau intégration et promotion pour l'incorporer au C.L.S. Ainsi une priorité est accordée à la prévention autant dans le domaine de la santé que des services sociaux, le tout basé sur un nouveau modèle de distribution de services axé sur l'individu et son environnement immédiat. La loi 65 dans son essence concrétisera cette nouvelle mission et la confiera aux Centres locaux de services communautaires.

⁸⁸ Ibid. p. 162.

⁸⁹ Ibid. p. 169.

A 4.) L'évolution des C.L.S.C.

Un réseau d'établissements qui n'a pas plus de douze ou treize ans d'existence a-t-il vraiment une histoire ? Dans le cas des C.L.S.C. nous disons que oui. Les C.L.S.C. sont les dernier-nés de la réforme entreprise par la C.E.S.B.E.S. Les autres établissements existaient avant cette réforme tandis que les C.L.S.C. ont été créés de toutes pièces. De plus, comme tout nouveau-né, celui-ci dérangeait "la famille". Les C.L.S.C. remettaient en question, par la mission qui leur était confiée, des pratiques de gestion et des interventions médicales et sociales en place depuis un quart de siècle. Tout établissement devait donc se réformer en fonction d'eux. L'évolution des C.L.S.C. a été difficile pour tous ceux qui gravitaient autour d'eux (gestionnaires et intervenants des autres établissements, etc.).

Cette évolution se déroule en trois étapes :

- a. L'implantation des C.L.S.C. (1972-1977)
- b. La remise en question (1977-1981)
- c. La consolidation du réseau des C.L.S.C. (1981-1985).

A 4. a) L'implantation

L'implantation des premiers C.L.S.C. s'est faite progressivement selon un plan établi à l'avance par le Ministère et clairement énoncé par lui.

Nous voulons implanter les C.L.S.C.
dans des régions qui ont les plus
grands besoins et bien souvent ce

sont les régions les plus défavorisées.
 Nous voulons faire cependant bien
 attention qu'on n'identifie pas les
 C.L.S.C. à des centres de deuxième
 qualité.⁹⁰

Cette stratégie d'implantation est critiquée dès le départ. "Dès l'entrée en fonction de la nouvelle équipe en 1970, les discussions relatives aux C.L.S.C. sont largement déterminées par la préoccupation de trouver des réponses institutionnelles efficaces aux problèmes de la pauvreté et du sous-équipement régional".⁹¹

Dans cette optique, le Ministère dirigea sa stratégie d'implantation vers les milieux ruraux défavorisés et désorganisés dans le domaine des services de santé et vers les milieux urbains défavorisés. Cette stratégie visait également à rendre accessibles des services de santé et sociaux à des régions qui en étaient dépourvues. C'est pour cette raison que la région de l'Outaouais a été choisie comme région pilote. Cette région en 1972 était dotée d'un seul hôpital général (Sacre-Coeur) et de quelques petits hôpitaux de "campagne" (Pontiac, Maniwaki, Wakefield). La population urbaine et rurale devait, dans la plupart des cas, se rendre à Hull pour recevoir des services qui auraient pu être dispensés dans leur localité. En 1977, l'Outaouais était la seule région du Québec dotée d'un réseau complet de

⁹⁰ Assemblée Nationale du Québec, Journal des débats, "Commission permanente des affaires sociales", 5 juillet 1971, B 30-47, tiré de Frédéric Lesemann, Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec, Editions coopératives Albert St-Martin, Montréal, 1981, p. 196.

⁹¹ Frédéric Lesemann, op. cit. p. 196.

C.L.S.C. ⁹² En 1977, 44 C.L.S.C. se trouvaient en milieu rural ou semi-rural et 28 en milieu urbain. ⁹³ Par cette stratégie, le Ministère voulait atteindre les objectifs qu'il s'était fixés dans l'énoncé de sa politique sociale. Ces centres s'inscrivent

pleinement dans la politique sociale du Ministère qui a pour but principal de mieux adapter les services aux besoins de la population... (Ils deviennent) un moyen (...) pour atteindre les objectifs sociaux que s'est fixé le Ministère à savoir l'amélioration de l'état de santé de la population, les conditions sociales des individus et des groupes ainsi que l'état du milieu... (Ils seront) le point d'entrée ou le premier contact des individus avec les services... (qui soient) par conséquent des services de base. ⁹⁴

Cette volonté politique clairement énoncée n'a pas empêché différents groupes de contester l'implantation des C.L.S.C. dans leur localité.

Le Ministère a tendu la main aux différents comités de citoyens des localités choisies pour l'implantation d'un C.L.S.C. afin de s'assurer de leur

⁹² Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Les C.L.S.C. 5 ans après, Pour un bilan", L'information, Vol. 7, no. 4, Montréal, 1977, tableau 4, p. 23.

⁹³ Ibid. p. 17-23.

⁹⁴ Assemblée Nationale du Québec, Journal des débats, "Commission permanente des affaires sociales", 23 juin 1971, B 2879-2881, tiré de Frédéric Lesemann, op. cit. p. 197.

participation active. Cette offre de collaboration n'a pas été acceptée d'emblée par tous les comités de citoyens.

En effet, la stratégie d'implantation des C.L.S.C. et du nouveau mode de distribution des services de santé et sociaux a été critiquée par des groupes populaires et le regroupement des comités de citoyens du Québec. Certains groupes voyaient dans la réforme proposée et dans la venue des C.L.S.C. une stratégie gouvernementale de récupération de l'action que les citoyens menaient dans les quartiers et localités défavorisés.

Nous croyons que l'Etat a décidé en commission parlementaire d'offrir à la population la possibilité de participer et d'être représentée aux conseils d'administration des établissements afin d'apaiser les critiques. La notion de participation devenait un élément important de la réforme dans lequel Claude Castonguay, président de la C.E.S.B.E.S. et par la suite ministre des Affaires sociales, avait mis beaucoup d'espoir.

On va laisser les gens définir eux-mêmes les programmes qu'ils jugent prioritaires, quitte à les aider (...). Ces gens s'organisent et utilisent le centre selon les besoins du milieu qu'ils perçoivent.⁹⁵

Quelques années plus tard, Claude Castonguay évaluait de la façon suivante la notion de participation préconisée par la C.E.S.B.E.S. et son gouvernement.

⁹⁵ Ibid, 23 mai 1972, B-1973, tiré de Frédéric Lesemann, op. cit. p. 199.

Je pense en effet qu'on avait mis plus d'espoir dans la participation qu'on aurait dû le faire. Je pense que nous avons atteint, dans ce domaine, des résultats inférieurs à court terme ou à moyen terme du moins à ceux auxquels on s'attendait. Par ailleurs, si nous n'avions pas ouvert la porte à une certaine participation, je me demande si à un moment donné la pression n'aurait pas été telle qu'elle aurait pu déterminer si on avait entretenu trop longtemps des changements trop brusques et trop profonds. ⁹⁶

Un des premiers C.L.S.C. à être implanté en tant que projet-pilote fut celui de Hochelaga-Maisonneuve en 1972. Le Ministère s'est servi de cette expérience afin de démontrer que les citoyens pouvaient participer activement à la mise sur pied de leur C.L.S.C.

L'expérience du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve a cependant fait l'objet de sévères critiques. Avant même de devenir un C.L.S.C., cet établissement devait être un "projet collectif de centre communautaire". ⁹⁷ Les difficultés rencontrées par le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve peuvent se résumer ainsi :

⁹⁶ Médecin du Québec, op. cit. p. 48-62.

⁹⁷ Françoise Fortin, "Du modèle idéal à l'expérience vécue ou naissance de développement d'un C.L.S.C. pilote", Administration hospitalière et sociale, Vol. XX, no. 10, Montréal, décembre 1984, p. 15.

- un recrutement lent, sporadique et continu
- des aménagements et réaménagements nombreux
- un développement rapide et spontané de services offerts
- une direction instable et sans leadership
- des équipes sans cesse morcelées
- une participation non soutenue
- une orientation imprécise et lente du MAS
- une structure absente et une organisation confuse et sans cesse contestée
- une coordination inexistante au plan des services
- des objectifs santé orientés par des intérêts personnels
- un esprit d'équipe et de communauté absent. ⁹⁸

Ces difficultés ne seront pas uniques au C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve. Les autres C.L.S.C. en implantation les connaîtront aussi. Pour mieux coordonner leurs actions, les C.L.S.C. se formèrent en mai 1975

⁹⁸ Ibid. p. 17.

en fédération, laquelle sera immédiatement reconnue par le MAS comme le représentant des C.L.S.C.

Nous du Ministère, on compte sur une Fédération des C.L.S.C. Il nous faut un canal. On ne peut communiquer avec 800 personnes (...). On compte sur cette fédération pour nous aider à diffuser une nouvelle image des C.L.S.C. (...). La Fédération doit absolument être impliquée dans ce processus là. ⁹⁹

Même avec l'approbation du Ministère, on ne tardera pas à voir dès le congrès de fondation de la Fédération des C.L.S.C. du Québec une première rupture entre elle-même et le MAS.

La Fédération défend "le modèle de participation communautaire" ¹⁰⁰ et de consultation des citoyens dans l'identification de leurs besoins et dans la définition des programmes pour y répondre, tandis que le MAS voit dans l'implantation des C.L.S.C. un outil d'intégration du réseau afin de véhiculer les politiques sociales du MAS.

L'Etat définit les objectifs d'un programme comme celui des C.L.S.C. et fournit les moyens pour les réaliser. La responsabilité que l'Etat porte donc sur l'utilisation de ces

⁹⁹ Ministère des affaires sociales, "Dumas Guy, Conférence aux directeurs généraux des C.L.S.C.", L'Estrel P.Q., 8 février 1975, Inédit, tiré de Frédéric Lesemann, op. cit. p. 214.

¹⁰⁰ Frédéric Lesemann, op. cit. p. 215.

moyens pour atteindre de tels objectifs (...) c'est dans ce contexte que s'inscrit la participation.¹⁰¹

Une lutte de pouvoir s'engage donc entre la Fédération et le MAS. La deuxième confrontation aura lieu au congrès d'octobre 1975. La Fédération continue à faire la promotion du modèle de participation communautaire en proposant la reconnaissance dans l'organigramme des C.L.S.C. d'un module indépendant d'action communautaire, élément essentiel au développement des C.L.S.C. mais qui semble menaçant pour le Ministère qui propose plutôt trois modules (santé, social et gestion) et exclut entièrement l'action communautaire.¹⁰² Nous croyons qu'à cette époque, le MAS a une mauvaise compréhension de ce qu'est l'action communautaire. La Fédération dans un dépliant qu'elle produira en 1976, essaiera de définir ce concept.

Nous croyons que les organisateurs communautaires font peur car ils véhiculent des notions de l'organisation du travail (co-gestion et syndicalisation et de soutien des groupes défavorisés (revendications) que l'Etat et par la suite la Fédération ne partageront pas.

Finalement, le MAS exercera son pouvoir décisionnel par le biais des allocations budgétaires. Dès 1974, les budgets pour l'implantation de nouveaux C.L.S.C. sont gelés et les seuls budgets consentis sont pour la consolidation des C.L.S.C. déjà en place.

¹⁰¹ Ibid. p. 216.

¹⁰² Ibid. p. 217.

Les C.L.S.C. qui restent à venir ne verront pas le jour dans un avenir rapproché de façon, a déclaré le ministre des Affaires sociales, à permettre à ceux existants de s'établir de façon satisfaisante. 103

Non seulement les C.L.S.C. font-ils face à de l'opposition venant de comités de citoyens, de groupes populaires et du MAS, ils seront confrontés également au puissant lobby des médecins.

« Par l'intermédiaire de leur puissante fédération, les médecins omnipraticiens du Québec, par la voix de leur président, déclarent "Les C.L.S.C., une aventure à éviter".

Nous continuons à conseiller aux médecins d'éviter les aventures rocambolesques d'employés d'établissements (...). Il faut conserver la liberté thérapeutique du médecin ainsi que l'autorité qui correspond à ses responsabilités. 104

103 Journal de débats, Commission permanente des affaires sociales, "Etude des crédits du MAS" (4), 14 mai 1974, no. 45, p. 204, tiré de Richard Dupuy, "La réforme C.L.S.C. viendra-t-elle un jour", Administration hospitalière et sociale, Vol. XX, no. 10, décembre 1974, p. 7.

104 Frédéric Lesemann, op. cit. p. 205.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec considère que la structure multidisciplinaire proposée dans les C.L.S.C. : "C'est le désordre érigé en système". 105

Il n'est pas question pour les médecins d'abdiquer leur autonomie professionnelle et thérapeutique à d'autres professionnels de la santé.

Pour contrecarrer l'influence que pourraient avoir les C.L.S.C. et pour combattre la possibilité de se retrouver comme des employés salariés de l'Etat, la F.M.O.Q. préconisera un système privé parallèle à celui des C.L.S.C. en favorisant la mise sur pied de polycliniques.

Cette stratégie semble couronnée de succès. On assiste en effet à une véritable éclosion de cliniques médicales puisque en 1977, il semble qu'on pouvait en dénombrier plus de 350 à travers le Québec qui réunissaient plus de la moitié des médecins omnipraticiens soit environ 1 500 alors qu'à la même date, il n'y avait que 72 C.L.S.C. et qui, de plus, n'étaient pas encore parvenus au stade de fonctionnement et 111 médecins entourés de 600 para-médicaux. 106

Malgré toute cette opposition, l'Etat continue sa stratégie d'implantation et ne la remet pas en question même s'il se questionne sur l'utilité des

105 Guy Bonenfant M.D., op. cit.

106 Frédéric Lesemann, op. cit. p. 206.

C.L.S.C. En 1976, l'arène politique québécoise se modifie sensiblement, le 15 novembre 1976, le Parti Québécois prend le pouvoir et la Fédération se retrouve face à un interlocuteur différent, c'est la remise en question.

A 4. b) La remise en question

Cette remise en question se fera dans un premier temps par un gel de budget en juillet 1976 et une restriction des budgets de développement pour les C.L.S.C. en place et pour l'implantation de nouveaux C.L.S.C. en mars 1977. De plus, ils font face à un questionnement de la part du nouveau gouvernement que la Fédération comprend difficilement car il ne tient pas compte de l'âge relativement jeune des C.L.S.C. en tant qu'établissements.

L'actuel premier ministre du Québec, M. René Lévesque déclarait : "tels qu'ils sont, les C.L.S.C. en sont encore au stade expérimental, ils ont de la difficulté à rejoindre la population. Ils coûtent très cher et je ne suis pas sûr que ça rapporte en proportion. Pour le moment, nous croyons préférable d'investir dans les secteurs où les besoins sont plus pressants" (La Presse, 10 mai 1977).
107

Le ministre des Affaires sociales de l'époque, le Dr Denis Lazure tenait des propos semblables.

107 Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Les C.L.S.C. 5 ans après", op. cit. p. 5.

La chose qui m'agace le plus dans ces établissements (C.L.S.C.) c'est de constater le fossé entre la demande qui est là et cette espèce de réflexion en vase clos que l'on a jamais fini de finir pour essayer de déterminer ce que sont les besoins de la population, alors que si on ouvrait les yeux, si on écoutait le monde, les professionnels les verraient bien ces besoins (Le Devoir, 4 août 1977). 108

Devant cette situation, la Fédération entreprend de dresser un bilan sur les services des C.L.S.C. et de l'impact de ces services. Au lieu de tenir son assemblée annuelle en octobre 1977, la Fédération la reporte en février 1978 et convoque plutôt un congrès spécial pour échanger sur ce bilan et réagir aux coupures budgétaires.

Dans son discours d'ouverture, le président de la Fédération de l'époque, M. André Tétreault, identifie la source du problème.

En effet, l'existence du C.L.S.C. questionne tout le réseau des Affaires sociales. L'existence des C.L.S.C. pose un problème politique avant tout. Dans quelle mesure l'Etat peut-il entreprendre un changement d'une telle envergure ? 109

108 Ibid. p. 5.

109 André Tétreault, "Les C.L.S.C. 5 ans après", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977. p. 6.

Les C.L.S.C., à notre avis, ne constituent plus l'instrument du pouvoir technocratique car ils remettent en question le modèle traditionnel médical et social de distribution de services.

La définition du C.L.S.C. repose sur une notion de santé extensive, au sens de bien-être ou de mieux-être qui ne se définit plus par l'absence de maladie mais qui réunit les dimensions physiques, psychologiques, économique-sociales et culturelles. Une telle définition faisait nécessairement appel à une pratique innovatrice, les modèles traditionnels se révélant trop cloisonnés. 110

De plus, l'ensemble des programmes et des services offerts défini dans le document : "Rôles et fonctions des Centres locaux de services communautaires" s'appuie sur trois concepts innovateurs c'est-à-dire, l'approche globale, la multidisciplinarité et la participation. Pour une fédération qui avait à peine 30 mois d'existence, le document bilan présenté au congrès spécial était assez éloquent et démontrait sans équivoque tant par des statistiques que par l'approche privilégiée que le C.L.S.C. avait tant bien que mal réussi à rejoindre et à desservir la population québécoise. Ce qui dérangeait, c'était l'approche privilégiée par les C.L.S.C. Les concepts énoncés et le mode de gestion participative réussissaient où d'autres modèles avaient échoué.

110 Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Les C.L.S.C. parlent de leur action et de ses limites", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977, p. 16.

Ces concepts se situent à contre-courant des idéologies dominantes portées à la fois par les professionnels et par la population en général. Ces idéologies dominantes isolent l'individu de sa communauté en lui faisant croire qu'il est incapable de résoudre ses problèmes et qu'on va les résoudre pour lui...

... Les concepts d'approche globale, de multidisciplinarité et de participation visent au contraire à favoriser une reprise en charge par les individus et par la communauté de ses problèmes et institutions de santé et de bien-être et à arrêter le processus de parcellarisation de l'individu. ¹¹¹

Les C.L.S.C. se sont donc éloignés des objectifs fixés par la réforme. Ils ont adopté une approche qui ne tient pas compte du rôle de régulateur des coûts que l'Etat veut leur faire jouer. Ce qui intéresse les C.L.S.C. c'est de répondre aux besoins de la population en privilégeant leur participation à l'identification des besoins et des solutions à ces besoins. Lors de ce congrès spécial, les C.L.S.C. réitérent leur mission préventive et expriment leurs craintes de retomber dans le modèle traditionnel de consommation de services curatifs. Par leur approche et devant les critiques formulées à leur égard, les C.L.S.C. semblent isolés. Invité à prendre la parole lors de ce congrès spécial, le ministre des Affaires sociales veut briser cet isolement

¹¹¹ Marc Renaud, "Les C.L.S.C., une utopie nécessaire", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977, p. 28, (les soulignés sont de l'auteur).

en proposant aux C.L.S.C., tout en étant la porte d'entrée du réseau, de devenir l'élément de complémentarité qui manque à celui-ci. Il les invite à devenir membre de la grande famille des affaires sociales en assouplissant leur rhétorique sans par contre abdiquer l'approche et les concepts qui les caractérisent.

C'est pourquoi ce critère de complémentarité devrait guider le développement des C.L.S.C. Les portes d'entrée du réseau sont multiples. C'est souvent l'intérieur de cette grande maison qui est mal équipé, de sorte que la complémentarité me paraît la voie la plus réaliste dans l'état actuel du réseau. 112

Cela va prendre 3 ans avant que la Fédération et le MAS n'en viennent à s'entendre sur l'articulation de cette complémentarité. Vers la fin de son discours, le ministre annonce qu'il sera "plus en mesure d'évaluer l'impact qu'ont les C.L.S.C. auprès de la population dans quelques mois afin d'effectuer de meilleurs choix budgétaires et mieux identifier vos besoins". 113

Certaines de ces données, surtout celles sous forme de sondage, ne seront rendues publiques qu'un an plus tard soit en novembre 1978. Le fait

112 Denis Lazure, "Des services à la population dans une perspective de complémentarité", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre-décembre 1977, p. 35.

113 Ibid. p. 36.

que ce sondage, effectué par le service des études économiques du ministère des Affaires sociales, démontre un taux de satisfaction aussi élevé chez les utilisateurs de services des C.L.S.C. (84,18%), n'a pas empêché le premier ministre Lévesque de faire la déclaration suivante un mois auparavant.

On procède à une sorte d'évaluation constante à tous les ans, lors du vote des budgets, mais il sera absolument essentiel de procéder à une évaluation en profondeur de ces organismes... Selon lui, certains C.L.S.C. démontrent "un dévouement surhumain" mais certains autres "se sont repliés sur eux-mêmes". 114

Il nous apparaît important de souligner une contradiction dans le discours politique de l'Etat. Alors que le ministre invite les C.L.S.C. à s'enraciner, ce qu'ils accepteront de faire, alors qu'il possède des données sur la performance des C.L.S.C. et sur le degré de satisfaction de la population, l'Etat continue de laisser planer l'incertitude quant à l'avenir des C.L.S.C. La Fédération placera le gouvernement québécois devant cette contradiction. L'Etat favorise le développement d'un projet de société pour l'ensemble des Québécois, mais hésite à y associer les C.L.S.C. La Fédération ne manquera pas de souligner au gouvernement qu'en limitant les budgets de développement des C.L.S.C., il favorise le développement du secteur

114 Gilbert Lavoie, "Selon Lévesque, Québec verra à réévaluer les C.L.S.C.", La Presse, Montréal, mardi 17 octobre 1978.

privé dans le domaine des services de première ligne. Elle rappellera également au gouvernement un de ses engagements en tant que parti.

Nous n'avons pas l'intention de faire le procès de ces institutions privées, ni de faire la morale au gouvernement d'un parti dont un des articles de son programme proposait de "rationaliser, démocratiser et améliorer la distribution régionale des établissements de santé et de services sociaux a) par l'abolition des établissements à but lucratif"... (Programme du Parti québécois, notre vie sociale, Chap. 4, art. 3) mais nous nous permettons de formuler quelques observations critiques sur la pratique médicale dans ces institutions privées, leur localisation et leur coût. ¹¹⁵

Ayant des études et des chiffres en main, la Fédération démontre qu'il en est moins coûteux et plus efficace d'offrir des services de santé en C.L.S.C. qu'en institution privée. ¹¹⁶ En réponse aux critiques à l'effet que les C.L.S.C. coûtent cher, la Fédération souligne que le budget de 80 C.L.S.C. équivaut au budget d'un seul hôpital et de plus :

Pour fin de comparaison, nous faisons observer que 263 médecins au Québec gagnant, en 1977, 120 000\$ et plus (voir R.A.M.Q., Neuvième rapport

¹¹⁵ La Fédération des C.L.S.C. du Québec, "La sous-utilisation des C.L.S.C. 1) De dangereux choix politiques et budgétaires", Le Devoir, Montréal, 18 avril 1979.

¹¹⁶ Ibid. p. 122-123-124.

annuel 1977, p. 31) coûtaient à la société québécoise un montant équivalent au budget de 80 C.L.S.C., 46.7 millions, ce qui au début de l'année 1978 permettait d'employer 2 972 personnes à temps plein et 428 à temps partiel. 117

L'Etat québécois a un problème politique important, il a permis à un système parallèle privé de s'établir et il impose des limites budgétaires au C.L.S.C. alors que ceux-ci leur coûtent moins cher. Ce qui surprend le plus, c'est que le gouvernement québécois tienne un discours social et qu'il adopte des législations avant-gardistes dont la politique de planification des naissances et de l'avortement faisait justement partie.

A l'examen, il nous semble que cette pensée sociale pratique présente trois caractéristiques : elle est orientée vers la solution de problèmes plutôt que vers la mise sur pied de réseaux et de structures; elle vise à se fonder sur des équipements légers plutôt que sur des structures lourdes : elle cherche à impliquer la population, non plus dans la participation à des structures mais dans la production des services. Or, malgré de telles orientations, le gouvernement n'a pas prévu utiliser les C.L.S.C. dans l'opérationnalisation de certaines de ces législations et ceci est d'autant plus surprenant que certains grands projets de changement formulés par le

117 Ibid. p. 123.

gouvernement se réfèrent
explicitement au projet de C.L.S.C. ou
à tout le moins, y convergent. 118

Le message est clair, les C.L.S.C. veulent être associés aux projets d'envergure que le gouvernement va mettre de l'avant par l'intermédiaire de sa politique sociale. Alors pourquoi le gouvernement n'y associe-t-il pas les C.L.S.C. ? Nous croyons que les facteurs qui empêcheront les C.L.S.C. d'être un acteur de premier ordre du réseau se situent à trois niveaux :

1^{er}. Les C.L.S.C. ne peuvent plus être la porte d'entrée du réseau des Affaires sociales surtout en ce qui a trait aux services de santé de première ligne, parce qu'ils partagent ce rôle avec les polycliniques, les cabinets privés, les hôpitaux, etc. La réforme prévoyait fournir l'exclusivité de ce domaine aux C.L.S.C., maintenant ils devront la partager dans le contexte d'une plus grande complémentarité avec les autres établissements du réseau.

Nous avons dit aux C.L.S.C.
d'abandonner ce rêve tout à fait
irréalisable de devenir la porte
d'entrée de tout le système sanitaire
au Québec... J'ai encouragé les C.L.S.C.
et les hôpitaux à faire sorte que les
services soient complémentaires,
qu'il n'y ait pas de chevauchements,
de gaspillages inutiles. 119

118 Fédération des C.L.S.C. du Québec, "La sous-utilisation des C.L.S.C.", op. cit. p. 125.

119 Michel Salomon, "Ombres et lumières du C.L.S.C.", Médecin du Québec, Vol. 15, no. 9, Montréal, septembre 1980, p. 53.

2^e. Le leadership assumé par les dirigeants des C.L.S.C. et par les membres des conseils d'administration effraie les politiciens à cette époque. Les C.L.S.C. ont continué à animer leur milieu et à contester certaines des décisions de l'Etat technocratique.

3^e. D'autre part, la réputation des dirigeants de C.L.S.C. en tant que gestionnaires était fort peu enviable jusqu'au début des années 80, alors qu'on assistait à l'implantation d'une nouvelle génération de dirigeants de C.L.S.C. qui acceptent plus facilement les critiques. Ils ont cessé de se sentir en compétition avec les polycliniques privées de quartier ou encore avec l'hôpital général local.

La politique sociale et les orientations du gouvernement sont définies mais ce qui n'est pas déterminé c'est à qui seront confiés les prochains mandats d'envergure. Les C.L.S.C. pourront les solliciter s'ils peuvent remplir les conditions préalables, c'est-à-dire travailler en collaboration avec les autres institutions du réseau, acquérir et démontrer une pratique de gestion qui est conforme aux attentes technocratiques du gouvernement québécois.

Les C.L.S.C. commenceront à rencontrer ces conditions dès l'automne 1980. La Fédération convoque un congrès spécial qui sera qualifié de "congrès le plus important de la F.C.L.S.C.Q. depuis la création des C.L.S.C. en

1972".¹²⁰ Le thème du congrès porte sur "Les C.L.S.C. acteurs d'une meilleure politique de santé au Québec" et le document support qui y est présenté afin d'alimenter la discussion s'inscrit dans la ligne de pensée de la complémentarité avancée par le Ministère. Le président de la Fédération invite les congressistes à "décider s'ils sont mûrs pour passer des ligues mineures aux ligues majeures" et à décider "s'ils sont prêts à se lancer davantage dans la distribution des services courants de première ligue, services de santé et services sociaux".¹²¹ Cette invitation ira jusqu'à l'acceptation du fait que certains C.L.S.C. puissent même offrir des services d'urgence, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Une quinzaine de résolutions allant dans le sens d'accentuer les services courants et d'urgence seront présentées prioritairement et acceptées. Malgré une volonté de collaboration manifestée par les C.L.S.C., ceux-ci craignent quand même la notion de complémentarité avancée par le Ministère car ils ont peur que cela ne se fasse à sens unique et qu'ils ne deviennent la "bonne à tout faire du réseau des Affaires sociales". Ils veulent s'accaparer de certains secteurs témoins et y mener à bien les mandats qui y sont dévolus.¹²²

¹²⁰ Huguette Roberge, "Les C.L.S.C. songent à occuper plus de place dans le réseau des affaires sociales". La Presse, Montréal, Samedi le 25 octobre 1980.

¹²¹ Ibid. s.p.

¹²² Noël Fortin, "Ils veulent sortir des lignes (mineures) de la santé, les C.L.S.C. étouffent dans leur carcans!", Le Droit, Ottawa, Lundi le 27 octobre 1980.

Lors de ce congrès, le Ministère a laissé sous-entendre que le réseau serait parachevé d'ici 1985-86 avec un nombre réduit de C.L.S.C. sans toutefois annoncer d'échéance précise.

Quant au développement budgétaire sans faire de pas de géant, ils ont obtenu 5 millions en 1979 et 8 millions en 1980. En 1980, 8 nouveaux centres de santé et 8 nouveaux C.L.S.C. sont en place, plus 12 C.L.S.C. qui sont en voie d'implantation.¹²³ Tout indique que le réseau des C.L.S.C. se dirige vers une consolidation de son mandat, de ses effectifs et vers son parachèvement.

A 4. c) La consolidation

Durant le mois d'avril 1981, le titulaire du ministère des Affaires sociales invitait toutes les parties intéressées (C.L.S.C., média, autres institutions du réseau) à le rencontrer pour leur faire part de la décision de son gouvernement de parachever le réseau des C.L.S.C. Dans un document énonçant la politique du Ministère qui s'intitulait "Le Réseau des C.L.S.C. au Québec, un parachèvement qui s'impose", celui-ci annonce que la province sera découpée en 9 régions socio-sanitaires et 160 sous-régions et que celles-ci seront toutes dotées d'un C.L.S.C. Heureux de cette décision, car enfin le gouvernement québécois se prononce clairement sur une⁴ demande formulée depuis longtemps, la Fédération n'en demeure pas moins déçue

¹²³ Fédération des C.L.S.C. du Québec, Document support Congrès : Le C.L.S.C. acteur d'une meilleure politique de santé au Québec, Hull, 24, 25 et 26 octobre 1980, p. 3.

car il y aura moins de C.L.S.C. que prévu (44 de moins) et il n'y a ni échéance, ni budget rattachés à cette décision.

Dans sa politique, le Ministère confirme la mission dévolue au C.L.S.C. dans le document "Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires". Curieusement, le MAS avait refusé de publier conjointement avec la Fédération ce document en 1977. Ce qui est des plus intéressant, c'est que la définition reprend essentiellement l'approche préventive et les concepts privilégiés par les C.L.S.C. depuis leur création.

Desservant un territoire bien délimité, le district, le C.L.S.C. vise par une approche globale, multidisciplinaire et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté; il vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leurs solutions. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention qui s'adresse à la communauté. 124

Le printemps 1981 est aussi marqué par une élection provinciale et le Parti Québécois obtient un deuxième mandat au terme d'une campagne où il a fait la promesse d'assainir les dépenses publiques. Les C.L.S.C. n'y

124 Ministère des Affaires sociales, Le réseau des C.L.S.C. au Québec, un parachèvement qui s'impose. Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, avril 1981, p. 2, (les soulignés sont de l'auteur).

échapperont pas. Les années 1981-82-83-84 seront marquées par des coupures, des restrictions et des développements budgétaires timides.

Sur un budget d'environ 80 millions pour l'ensemble de ses 100 établissements membres, la Fédération des C.L.S.C. du Québec entrevoit un manque à gagner ou un trou budgétaire de l'ordre de 2,5 millions pour l'année en cours commencée le 1^{er} avril... La Fédération aurait eu vent que le gouvernement n'aurait pas l'intention d'annualiser le 700 000\$ de l'an dernier. ...En outre le budget de développement qui était l'an passé de 3.2 millions serait gelé à ce niveau. 125

Lors de son congrès d'octobre 1981, la Fédération presse le gouvernement de compléter le réseau des C.L.S.C. tel qu'annoncé et d'y injecter les sommes nécessaires.

Dimanche le 25 octobre 1981, l'assemblée générale adoptait la résolution suivante :

Il a été adopté,

1. Que la Fédération des C.L.S.C. fasse pression auprès du Gouvernement du Québec afin que le ministère des Affaires Sociales, renonce à des

¹²⁵ Roger Bellefeuille, "Budget des C.L.S.C., manque de 2.5 millions\$", Le Soleil, Québec, 25 avril 1981.

compressions budgétaires dans le réseau des C.L.S.C. pour les budgets subséquents.

2. Que la Fédération fasse pression afin que le ministère des Affaires Sociales parachève le réseau des C.L.S.C. sur tout le territoire du Québec dans les mois qui viennent.

3. Que la Fédération demande au ministère des Affaires Sociales d'assurer le transfert des budgets relatifs aux services et programmes à vocation C.L.S.C. encore assurés par suppléance dans les C.S.S. et les D.S.C.¹²⁶

Ce qui nous apparaît intéressant dans cette résolution, c'est que les C.L.S.C. commencent stratégiquement à revendiquer les services que des partenaires du réseau assument alors et qui devraient relever des C.L.S.C.

Ironiquement, alors que l'Etat impose des compressions budgétaires et qu'il impose des coupures de salaires à ses employés, il relance le programme d'hygiène dentaire en 1981-82, et injecte des sommes considérables de 1981 à 1984 dans le programme de maintien à domicile qui devient une priorité pour le MAS. Dans son allocution aux congressistes, le nouveau ministre des Affaires sociales, Pierre-Marc Johnson, s'est montré rassurant en leur confiant que le C.L.S.C. est là pour y rester.

¹²⁶ Fédération des C.L.S.C. du Québec, Fédé Express, Vol. 4, no. 8, Montréal, le 3 novembre 1981, p. 203.

"Vous êtes uniques et irremplaçables a-t-il dit, car vous avez sorti la souffrance de l'anonymat. L'Etat n'a pas le droit de se priver de ces laboratoires en matière de santé."

...Le ministre a alors suggéré le transfert des ressources par exemple le personnel des Centres de services sociaux dans les C.L.S.C., de même qu'un mécanisme de parrainage d'établissements dans une région donnée. 127

Malgré ces difficultés, le nombre de C.L.S.C. est passé de 100 à 126 en 1984 et le ministre de l'époque annonce que le gouvernement a pris la décision ferme de privilégier les C.L.S.C. comme principal acteur dans la distribution des services sociaux au Québec. Pour opérationnaliser ce processus, le gouvernement québécois estime à environ 1 800 le nombre de travailleurs qui seront transférés vers les C.L.S.C.

...le ministre précisait au journal qu'il voulait "démocratiser les services sociaux et rapprocher les ressources dans la communauté... Je veux désormais offrir à la population des services sociaux plus efficaces et moins encadrés". 128

127 Marie Laurier, "Le C.L.S.C. est là pour y rester, P-M. Johnson", Le Droit, Ottawa, lundi le 26 octobre 1981.

128 Michelle Coudé-Lord, "Laurin prêt à donner la voie libre aux C.L.S.C.", Le Journal de Montréal, Montréal, samedi le 5 mai 1984.

Ce transfert se complètera le 1^{er} avril 1985 dans presque toutes les régions du Québec sauf dans la région de Montréal. De plus, les C.L.S.C. deviennent un collaborateur important dans le domaine de la Santé et Sécurité au Travail. En effet, à partir de 1983-84, ils sont devenus par contrat, les responsables de l'élaboration des programmes de santé spécifique et de leur application pour les groupes I et II (forêt, scierie, mines, carrières, bâtiments et travaux publics). On pense également au C.L.S.C. comme étant la principale ressource de coordination sur le territoire pour articuler la nouvelle politique de désinstitutionnalisation du MAS dans le domaine de la santé mentale.

Les C.L.S.C. ont relevé plusieurs défis au cours de leur 14 ans d'existence et comme le réseau est presque complet, ils sont même prêts à exporter leurs connaissances à l'extérieur du Québec et à en importer d'ailleurs. Le congrès d'octobre 1985 invite les C.L.S.C. à s'ouvrir sur une dimension internationale et le thème de ce congrès portera sur "L'approche communautaire, une perspective internationale".

En acceptant ainsi de s'intégrer au réseau de s'initier à la complémentarité, les C.L.S.C. sont-ils en train de s'institutionnaliser au détriment du pôle communautaire ? Est-ce que le MAS a tenté de récupérer les C.L.S.C. par sa politique de complémentarité ? Oui, les C.L.S.C. se sont intégrés au réseau, ils n'avaient pas le choix, leur survie en dépendait. Ils ont joué le jeu politique de la technocratie mais nous ne croyons pas qu'ils l'ont fait au détriment du pôle communautaire, comme l'affirme Lesemann. Au contraire, les C.L.S.C. ont réussi où d'autres ont

échoué. Ils évoluaient à l'intérieur d'un réseau très exigeant tout en développant un comportement organisationnel et un mode de distribution de services très différents de celui des autres établissements.

Dans la prochaine partie, nous tenterons d'illustrer les caractéristiques novatrices qui font du rôle et du mode d'intervention des C.L.S.C. un modèle créateur au sein du réseau.

B) Le rôle et le mode d'intervention des C.L.S.C.

En s'intégrant au réseau des Affaires sociales, plusieurs s'attendaient à ce que les C.L.S.C. adoptent le langage propre à celui-ci. Ils furent vite déçus car la pratique sociale et sanitaire en C.L.S.C. est fort différente de la pratique dans les centres hospitaliers, les centres d'accueil et les centres de services sociaux. Loin d'être curative et individualiste, la pratique en C.L.S.C. est préventive et communautaire. On identifie la problématique de l'usager (individu ou groupe d'individus), on la situe dans son environnement global afin d'y apporter les meilleures solutions possibles, tout en associant l'usager à cette demande.

Depuis leur création, les C.L.S.C. ont mis de l'avant cette pratique et ont tenté de la définir au meilleur de leur connaissance. Comme cette pratique n'existait pas dans les faits avant l'arrivée des C.L.S.C., elle a été fort contestée. Un autre aspect innovateur apporté par les C.L.S.C. a été la distinction faite dans les services de première ligne entre les services courants (consultations et urgences) et les programmes spécifiques. Les

C.L.S.C. furent les premiers en 1976 à faire cette distinction majeure. C'est dans le texte "Rôles et fonctions des Centres Locaux de Services Communautaires" que la Fédération précise le rôle, le mode d'organisation et les modes d'intervention des C.L.S.C. C'est le point de départ de notre analyse.

B 1.) La prévention

Nous avons cité plusieurs textes dans lesquels le concept de prévention revient. Entre autres dans son rapport, la C.E.S.B.E.S. suggère de confier aux C.L.S.C. le rôle de prévention. Le législateur le lui confiera de façon explicite dans la loi: "Centre local de service, une installation autre qu'un cabinet privé de professionnel où l'on assure à la communauté des services de prévention".¹²⁹ Les C.L.S.C. adhèrent à ce rôle et ne manqueront pas de le réitérer au cours des années.

En 1977,

Le Ministère continue à croire que la population a des avantages à voir regroupés dans un même établissement les services de première ligne et de prévention tant dans le domaine de la santé que des services sociaux et communautaires.¹³⁰

¹²⁹ Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux L.R.Q. 3-5, à jour le 1^{er} août 1985, Editeur Officiel du Québec, Québec, 1985, 184 pages.

¹³⁰ Fédération des C.L.S.C. du Québec, Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires, op. cit. p. 8.

En 1980,

cette décision de créer le C.L.S.C.
autonome et de lui donner une
vocation polyvalente (santé-social)
communautaire et préventive a été
heureuse.¹³¹

Et en 1986,

...promouvoir la prévention et l'action
communautaire dans une approche
globale et multidisciplinaire...¹³²

D'emblée, le rôle de prévention revient aux C.L.S.C. et tous le leur
reconnaissent. Mais comment ont-ils exercé ce rôle ? La prévention
exercée dans les C.L.S.C. s'est définie dans la pratique par le type de
services et de programmes offerts à la population. Le concept et les
niveaux de prévention n'ont jamais fait l'objet d'une définition officielle.
C'est une critique que nous adressons aux C.L.S.C. et à leur Fédération.

Nous avons travaillé en 1980 avec d'autres chercheurs à l'analyse des
services offerts et à l'élaboration de l'orientation du C.L.S.C. des Draveurs.

¹³¹ Fédération des C.L.S.C. du Québec, Document support, Les C.L.S.C. acteurs
d'une meilleure politique de santé au Québec, op. cit. p. 10.

¹³² Fédération des C.L.S.C. du Québec, Les C.L.S.C. et la réforme socio-
sanitaire au Québec pour un bilan prospectif, Point de vue de la
F.C.L.S.C.Q. sur la situation du système Québécois de la santé et des
services sociaux, Montréal, 4 mars 1986, p. 9.

133 Dans le cadre de notre recherche nous avons proposé au conseil d'administration du C.L.S.C. des Draveurs et aux autres C.L.S.C. de l'Outaouais, un modèle d'intervention axé sur la prévention. Ce modèle de prévention a été développé par G. Caplan en 1964 dans Principles of preventive psychiatry. Le groupe de travail a adopté les trois niveaux de prévention à l'ensemble des services du C.L.S.C. des Draveurs.

Traditionnellement, la prévention a été associée au contrôle de la maladie et son application s'adressait particulièrement à l'individu affecté par cette maladie. La notion de prévention véhiculait donc une connotation curative.

En privilégiant la communauté en tant que client, la prévention devient un outil de santé communautaire. Le concept de prévention se divise en trois niveaux distincts : primaire, secondaire, et tertiaire.

La prévention tertiaire vise la réduction du taux de maladie dans la communauté tout en favorisant le maintien de l'usager dans son milieu naturel le plus longtemps possible. La prévention tertiaire exclue le volet réhabilitation et élimine d'emblée l'interprétation voulant que ce type de prévention soit considéré comme de la prévention curative déguisée. Ainsi un programme de maintien à domicile (aide et soins à domicile) relèverait de la prévention tertiaire. Cependant, il est à noter qu'un même programme peut relever à la fois de plusieurs niveaux. La mise sur pied d'une popote roulante dans le cadre d'un programme de maintien à

133 C.L.S.C. des Draveurs, L'orientation du C.L.S.C. des Draveurs, Gatineau, 18 août 1981, 24 pages.

Gérald Caplan, Principles of preventive psychiatry, New York Basic, Books, 1964.

domicile par exemple relèverait plutôt de prévention secondaire ou même primaire selon les objectifs spécifiques visés.

La prévention secondaire vise la réduction dans la communauté de la prévalence des cas à risque élevé. On tente d'atténuer ces risques soit en modifiant l'environnement qui les favorise, soit en les identifiant dans les meilleurs délais possible de manière à pouvoir les traiter adéquatement. Un programme de périnatalité par exemple, pourrait relever de ce niveau de prévention dans la mesure où le programme s'adresse à un groupe de femmes issues d'un environnement particulier présentant une forte incidence de grossesses à risque. L'identification des risques se fait tôt, ce qui permet d'agir préventivement avant même que le risque ne devienne trop grand.

La prévention primaire s'adresse à une communauté pour laquelle les risques présents ne constituent pas un problème majeur pour l'ensemble de la communauté. La prévention primaire tend à isoler ces risques et à modifier l'environnement de manière à remplacer les indicateurs néfastes par des indicateurs positifs qui élimineront les risques. L'objectif visé est d'éviter à la communauté des problèmes qui n'affectent que quelques individus. Ainsi un programme en nutrition ou la mise sur pied d'une garderie ou d'un programme d'immunisation relèverait de ce niveau de prévention. (voir tableau 3)

TABLEAU III

102

GRUPE DE TRAVAIL SUR L'ORIENTATION GENERALE DU C.L.S.C. DES DRAVEURS
MODELE DE CAPLAN PAR RAPPORT AUX NIVEAUX DE PREVENTION

1

VARIABLES	TERTIAIRE	SECONDAIRE	PRIMAIRE
BUT	- Réduire le taux de problèmes dans une communauté entière.	- Réduire le taux de problèmes en diminuant sa prévalence ou le nombre de cas identifiés comme étant à risque élevé dans une population donnée.	- Ne cherche pas à prévenir les problèmes d'un individu en particulier, mais plutôt à réduire le risque pour toute une communauté de sorte que, bien que certains puissent devenir malades, leur nombre sera réduit
CLIENT	- La communauté	- La communauté	- La communauté
PROGRAMMES	- Services à grande échelle capables de rejoindre la population totale des usagers identifiés.	- Groupes et individus directement - Diagnostic et traitement efficace des individus - Maximisation des ressources pour rejoindre et réduire les problèmes de santé physique et mentale dans une communauté.	- Identification des facteurs environnementaux néfastes, et aussi des facteurs à influence positive sur la capacité d'une communauté à faire face aux divers stress de la vie (programmes et développement communautaire, familial et individuel).
EMPHASE	- Retirer aussi peu d'usagers que possible de leur maison et communauté, afin d'éviter le problème qui survient lorsqu'une personne est retirée de son rôle dans le milieu familial ou de travail.	- Identifier les problèmes dès les premiers signes du problème.	- Intervenir pour changer les circonstances négatives avant qu'elles n'aient le temps de créer des problèmes. - Intervenir pour développer les forces d'une communauté.

L'analyse des services offerts par le C.L.S.C. des Draveurs en 1980, permet de dégager les observations suivantes :

- le modèle décrit ci-haut indique que les C.L.S.C. devraient axer leurs services vers la prévention secondaire et primaire.
- l'analyse des services du C.L.S.C. démontre que les services étaient trop axés sur la prévention secondaire et tertiaire.
- il existait à cette époque une volonté de la part du conseil d'administration, de la direction et du personnel de réorienter les services vers la prévention primaire.
- l'analyse nous a permis de mesurer les limites auxquelles se confrontait l'établissement. En effet, la nature de certains programmes ministériels imposait à toutes fins pratiques le niveau de prévention à appliquer.
- l'analyse nous permettait de conclure que le C.L.S.C. connaissait peu les besoins de sa population puisque les services et les programmes reflétaient davantage les préoccupations et les pratiques des intervenants que celles du milieu.

La prévention telle que conçue et appliquée dans les C.L.S.C. a été en général déterminée par la nature des programmes et les préoccupations professionnelles des technocrates plutôt que par l'analyse des services et des programmes à partir d'un modèle précis de prévention.

La prévention tertiaire et secondaire s'attaque aux effets plutôt qu'aux causes des problèmes. La prévention primaire tend à modifier l'environnement et s'attaque aux causes des problèmes de manière à

modifier les habitudes de vie. Dans la perspective d'une analyse coût-bénéfice, la prévention primaire coûte cher à court terme mais rapporte à long terme. Reste à savoir si les technocrates de l'Etat n'essayaient pas de limiter la majorité des interventions à la prévention tertiaire et secondaire afin de rationaliser les coûts et d'améliorer quelque peu la qualité de vie des citoyens sans toutefois changer leurs habitudes de vie. Les budgets affectés à la prévention ont des limites et les programmes de prévention primaire sont peu nombreux. Il semble que l'on vise à maintenir une économie de services dans laquelle le réseau des services sociaux et de santé joue un rôle important.

La prévention a également été mise à contribution comme outil de contrôle de la croissance des coûts. La prévention telle que nous l'avons décrite dans les pages précédentes a été qualifiée de réformiste et vouée à l'échec.

D'autre part, chez tout consommateur il reste une hiérarchie des besoins, les uns primaires (nourriture, vêtement, logement, etc.), les autres secondaires (soins dentaires, exercices, régimes alimentaires équilibrés, etc.). Les mesures préventives réformistes visent les besoins secondaires, parce que ces besoins n'ont pas une priorité majeure pour beaucoup de

consommateurs ces interventions
sont vouées à l'échec. ¹³⁴

Selon d'autres, la prévention est devenue un outil de gestion et de contrôle ¹³⁵ pour l'Etat technocratique. Si on décide de s'attaquer à la pauvreté, le type d'intervention préventive déterminera même le niveau de pauvreté auquel on aura à s'attaquer. La prévention utilisée comme outil de gestion nous semble acceptable car s'il doit exister un mécanisme de contrôle, ne vaut-il pas mieux que ce soit un mécanisme qui permettra de vérifier dans quelle mesure l'Etat a bien l'intention d'établir un contrôle sur la croissance des coûts tout en améliorant la qualité de vie de la population ? C'est le défi et le mandat que les C.L.S.C. par le biais de la prévention doivent relever. En quatorze ans d'existence, les C.L.S.C. ont-ils un exemple de prévention qui démontrerait que cet objectif a été atteint ?

Une analyse récente de la Fédération des C.L.S.C. du programme de maintien à domicile démontre qu'ils sont en train de relever le défi. En effet, il en coûte moins cher de maintenir une personne à son domicile (1,70\$) que de l'hospitaliser (97,86\$) ou la placer en hébergement (48,34\$).

¹³⁶ De plus on assure à cette personne une meilleure qualité de vie en la

¹³⁴ Yvan Duperré et Claudette Cardinal, "La prévention peut-elle contribuer à contrôler la croissance des coûts", Administration hospitalière et sociale, Vol. VII, no. 3, Montréal, mai-juin 1983, p. 24.

¹³⁵ Gilbert Renaud, "La prévention entre le contrôle et l'autogestion", Revue internationale d'action communautaire, Montréal, no. 11/51, printemps 1984, p. 3-5.

¹³⁶ Jacques Roy, Bilan du maintien à domicile dans les C.L.S.C., Problématiques et ressources, Deuxième tome, Collection études et analyses, F.C.L.S.C.Q., Montréal, février 1986, p. 28-30.

maintenant dans son milieu de vie naturel (famille) tout en lui fournissant des services qui répondent à ses besoins. Il n'existe aucune étude exhaustive qui démontre sans équivoque que la prévention est un outil efficace de régularisation des coûts et d'amélioration de la qualité de vie. Cependant l'expérience pratique, les études faites en maintien à domicile et dans quelques autres domaines, ¹³⁷ les indices de longévité et de la baisse de mortalité infantile nous portent à croire que la prévention fonctionne. Combinée à un mode d'organisation et des modes d'intervention innovateurs, la prévention fait du C.L.S.C. l'établissement le plus susceptible de rencontrer les mandats qui lui sont confiés.

B 2.) L'approche communautaire

Sous ce titre nous allons regrouper plusieurs éléments caractéristiques des interventions des C.L.S.C. dans leur milieu. L'approche communautaire c'est une vision de la communauté qui tient compte de toutes les composantes de son environnement, qu'elles soient individuelles ou collectives. Dans la dispensation de services par l'approche communautaire, on prendra en considération les composantes sociales (famille-amis, statut social, etc.), économiques (revenu, pouvoir d'enrichissement ou d'endettement), culturelles (langue, religion, âge, etc.), et on favorisera l'implication individuelle et collective. Si les problématiques individuelles et collectives sont issues de la communauté, pourquoi ne pas retourner à celle-ci pour en trouver les solutions ?

¹³⁷ Yvan Dupérré et Claudette Cardinal, op. cit. p. 20-25.

Alors que l'Etat-providence avait créé un lien de dépendance en instaurant l'institutionnalisation, les C.L.S.C., eux, tentent par l'approche communautaire de responsabiliser les individus et la collectivité dans laquelle ils vivent face aux problèmes auxquels ils se heurtent. Cependant, l'individu et la collectivité sont peu équipés pour solutionner les problèmes qui surgissent. C'est dans cette optique que les C.L.S.C. interviennent. Les intervenants des C.L.S.C. locaux sont en mesure d'identifier le problème et d'y apporter la solution appropriée.

L'approche communautaire peut se diviser à notre avis en deux types d'environnements, l'environnement naturel et l'environnement formel. Dans l'environnement naturel, on retrouve les gens avec qui on partage les mêmes valeurs et dans l'environnement formel, on retrouve des gens qui ont les mêmes intérêts. C'est ce que Poupart, Simard et Ouellette appellent l'"approche pédagogique (valeurs) et instrumentale (intérêts)".

La communauté, c'est-à-dire ce qui est commun aux membres d'une collectivité particulière, repose sur des solidarités ou soudures sociales. Ces solidarités ont deux sources : les valeurs et les intérêts. Ce sont là les deux manières pour un être humain de tisser son appartenance à une communauté. ¹³⁸

¹³⁸ R. Poupart, J.J. Simard, J.P. Ouellette, La création d'une culture organisationnelle. le cas des C.L.S.C., F.C.L.S.C.Q., Montréal, mai 1986. p. 64.

L'environnement naturel sera donc composé des éléments tel que la famille, les amis, les voisins et des facteurs culturels et économiques mentionnés auparavant. L'environnement formel lui, sera plutôt composé des éléments provenant de la collectivité; tel que groupes d'entraide, associations, pouvoir local, entreprise privée, etc.

Mais pour que l'approche communautaire puisse fonctionner, des conditions préalables sont nécessaires :

- Reconnaissance du potentiel de l'individu et de la communauté.
- Etablissement de solidarité avec la communauté.
- Partage de la responsabilité.
- Pro-active au lieu de réactive.
- Accessibilité à une équipe locale d'intervenants
- Flexibilité de l'organisation. ¹³⁹

L'approche communautaire : un mode d'organisation

Une des conditions mentionnées ci-haut fait appel à la flexibilité de l'organisation, c'est-à-dire sa capacité de s'adapter au niveau organisationnel aux demandes individuelles et collectives qui proviennent

¹³⁹ Fédération des C.L.S.C. du Québec, Document d'initiation aux types d'interventions communautaires, Centre des recherches sur les services communautaires, Université Laval, Québec, novembre 1985, p. 18-19.

du milieu. Les C.L.S.C. ont été longtemps à s'interroger sur le mode d'organisation qui serait le plus susceptible de permettre cette flexibilité. Ils veulent briser avec la tradition et ils recherchent une forme d'organisation qui reflètera leurs aspirations.

Cette recherche a failli compromettre l'existence même des C.L.S.C. L'expérience du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve et de d'autres C.L.S.C. a démontré que la gestion appliquée à l'approche communautaire doit être différente dans sa forme et dans son contenu. Les modèles de gestion traditionnels (Taylor et Fayol) ¹⁴⁰ qui se traduisent par une super-structuration des fonctions et une hiérarchisation des pouvoirs décisionnels se sont avérés un échec en ce qui concerne les C.L.S.C.

L'approche communautaire fait appel à la multidisciplinarité des fonctions et on doit permettre aux intervenants de travailler en équipe s'ils veulent apprivoiser leur milieu. La culture québécoise n'était pas habituée à ce type d'intervention et il sera très important pour le personnel des C.L.S.C. de respecter leur milieu. C'est pourquoi nous rejetons le modèle interventionniste trop souvent utilisé par les C.L.S.C. Les besoins de la communauté sont trop souvent identifiés par le personnel sans rigueur scientifique et sans tenir compte de la culture du milieu. Ce modèle génère trop souvent de l'hostilité de la part de la communauté vis-à-vis les C.L.S.C. parce qu'elle se voit prise en charge par des professionnels qui n'ont en réalité aucune emprise sur leurs besoins.

¹⁴⁰ Jean Castonguay, La motivation et la gestion des ressources humaines, Ecole nationale d'administration publique, Montréal, avril 1986, 140 pages.

Afin de faire preuve de souplesse et de flexibilité, les C.L.S.C. doivent adopter un modèle de gestion des ressources humaines basé sur les relations humaines. Cela permettra au personnel de participer et de se sentir utile dans l'organisation. Ce modèle permet une bonne circulation de l'information et maintien à un niveau minimal certaines fonctions administratives. Le premier mode d'organisation à être expérimenté fut l'organisation modulaire. En 1975, les services courants et les programmes spécifiques continuaient à évoluer selon une division traditionnelle de services, c'est-à-dire : le module santé, le module social, le module communautaire et le module administratif. Ce mode d'organisation avait l'avantage de subdiviser le travail dans des catégories spécifiques et tout le personnel connaissait exactement ce qu'il faisait. Le désavantage était que chaque individu était indépendant l'un de l'autre et aucun mécanisme de liaison et de concertation n'existait leur permettant de travailler en multidisciplinarité, si ce n'est à l'occasion, de façon informelle. Ainsi, un travailleur social et une auxiliaire familiale pouvaient intervenir auprès d'une personne qui recevait également les services d'une infirmière en soins à domicile sans que ces intervenants n'aient l'occasion d'échanger de l'information sur le cas de cette personne.

Les C.L.S.C. se sont vite aperçu qu'ils reproduisaient les modes traditionnels d'organisation ce qui freinait la mise en valeur de l'approche communautaire et du travail multidisciplinaire. Plusieurs C.L.S.C. modifièrent leur plan d'organisation pour adopter un mode d'organisation axé sur des clientèles spécifiques tels que :

enfance - jeunesse

famille - adultes

personnes âgées

selon lesquelles on regrouperait les services. D'autres optèrent pour la formule "services et programmes". Ce mode d'organisation a permis au C.L.S.C. d'utiliser la multidisciplinarité dans l'organisation du travail. Le désavantage a été d'isoler certaines professions dans un service ou dans un programme. La pratique professionnelle en a souffert quelque peu. Afin de pallier à cet isolement plusieurs C.L.S.C. offrirent à certaines disciplines la possibilité de se réunir afin d'échanger et de se former dans leur pratique professionnelle.

L'approche communautaire et ses méthodes d'intervention

Comment approcher une communauté quand des indicateurs néfastes apparaissent et se multiplient ? Deux types de besoins surgissent, les besoins perçus et les besoins identifiés. L'approche communautaire favorise la prise en charge par la collectivité de son milieu. Si des problématiques apparaissent, les individus et la collectivité ne tarderont pas à les faire sentir et approcheront le C.L.S.C. pour qu'il intervienne. C'est un besoin qui sera clairement identifié par la communauté. Mais qu'arrive-t-il si les professionnels d'un C.L.S.C. perçoivent des besoins qui sont ignorés par la collectivité ? Trop souvent les C.L.S.C. sont intervenus en implantant un programme sans avoir fait au préalable une bonne lecture des besoins des gens à desservir. Voici un exemple concret de ce phénomène. La région du Portiac, dans l'Outaouais connaît un taux assez élevé

d'analphabétisme et d'analphabétisme fonctionnel (37% de la population de 15 ans et plus n'a pas terminé le secondaire II). Il va de soi que ces gens ne peuvent pas remplir leur rapport d'impôt, leur demande de permis de conduire, répondre à un questionnaire de l'assurance chômage, lire une lettre, etc. Alors, comment se débrouillent-ils ? Simplement avec le réseau informel qui les entoure, par exemple en demandant de l'aide à sa famille, à ses amis, à ses voisins, etc. A un moment donné, ce réseau ne suffisait plus à la tâche. Alors la population a commencé à s'adresser au C.L.S.C. Celui-ci a donc pris, il y a trois ans, la décision d'implanter un programme d'aide technique pour venir en aide à ces gens. Après trois ans, c'est au tour du C.L.S.C. de ne plus suffire à la tâche. En rétrospective, le personnel et la direction s'aperçoivent qu'une meilleure identification des besoins perçus les aurait porté à suggérer plutôt des actions dans la communauté. Au lieu d'implanter un programme le C.L.S.C. aurait peut-être pu améliorer et développer le réseau informel qui existait en plus de mettre sur pied avec l'aide de la collectivité, une ressource qui permettrait aux analphabètes d'apprendre à lire et à écrire.

Les C.L.S.C. commencent donc peu à peu à favoriser comme méthode d'intervention la recherche-évaluation pour adapter et développer ses programmes selon les besoins de la collectivité. Cette méthode d'intervention est peu commune et quelques C.L.S.C. ont enbauché durant les dernières années, des agents de recherche ou des conseillers aux programmes pour les aider dans ce sens. Lorsque l'identification des besoins est terminée, l'établissement se trouve devant la tâche d'opérationnaliser et d'implanter ses programmes. Dans ce domaine, les

C.L.S.C. ont été avant-gardistes. Ils auraient pu privilégier une ou deux méthodes d'intervention tout au plus. Au contraire les C.L.S.C. ont développé des méthodes d'intervention qui leur étaient propres. D'autre part, ils ont fait preuve d'ouverture d'esprit en adaptant au milieu québécois des méthodes d'intervention venant d'ailleurs.

L'approche communautaire se distingue de l'approche clinique par ses méthodes d'intervention communautaires. Alors que l'approche clinique favorise une intervention entre l'individu et son thérapeute, l'approche communautaire favorise une intervention entre l'individu et la collectivité. Un individu en état de crise sera abordé par une approche globale qui tiendra compte de son environnement naturel et formel. Ainsi un individu n'est plus obligé de ne compter que sur ses propres ressources, mais il peut également compter sur celles de sa communauté. S'il partage avec la collectivité son problème (alcoolisme, deuil, divorce, etc.), il s'aperçoit vite que celui-ci est vécu par d'autres individus. La mise en commun d'un problème génère souvent une prise de conscience collective d'où surgira un éventail de solutions. A partir de ce processus de conscientisation, la communauté initiera avec l'aide du C.L.S.C. différents types d'intervention communautaire. Dans son document d'initiation aux types d'intervention communautaire, le Centre de recherches sur les services communautaires de l'Université Laval et de la Fédération nous propose la liste suivante :

- Utilisation des média, lobbying et consultation

- Organisation communautaire
 - action sociale
 - développement communautaire
- Intervention de quartier
 - observation
 - référence
 - intervention d'urgence
 - maintien à domicile
 - l'aidant du voisinage
- Intervention axée sur les compétences de la personne
- Intervention du support auprès du réseau social
- Sensibilisation et entraînement
- Mise sur pied d'alternatives et de groupes d'entraide
- Intervention de crise
- Intervention stratégique. ¹⁴¹

Si toutes ces méthodes d'intervention s'opérationnalisait, on serait porté à croire qu'on résoudrait en peu de temps la majorité des problèmes, sauf qu'elles sont à bien des endroits et dans plusieurs circonstances au stade s'expérimentation. Dans certains milieux et dans certaines circonstances, elles ont eu un certain succès, alors que dans d'autres ce fut un échec. Deux autres éléments sont essentiels pour que ces méthodes

¹⁴¹ Fédération des C.L.S.C., Document d'initiation aux types d'intervention communautaire, op. cit. p. 31-67.

puissent être utilisées. Cela demande de la part des permanents des C.L.S.C. une ouverture d'esprit et des changements de comportement et d'attitude. Ils doivent adapter leurs valeurs à celles de la collectivité où ils travaillent sans nécessairement les abdiquer. Le deuxième élément fait appel à la réceptivité de la collectivité et à sa volonté de participer à la solution de ses problèmes et à la gestion des établissements qui lui rendent des services. C'est la plus grande difficulté que rencontrera les C.L.S.C.

B 3.) La participation : objectif de prise en charge

Nous avons déjà abordé la question de la participation dans les sections précédentes. Si cette question revient si souvent, c'est qu'elle a été au coeur même de la réforme entreprise par la C.E.S.B.E.S.

L'approche participative n'est pas issue uniquement de cette réforme. La notion de participation est apparue bien avant. Ainsi, plusieurs chercheurs (politologues et sociologues) ont étudié la question en rapport avec la théorie de la démocratie.¹⁴² La participation individuelle est considérée comme étant nécessaire pour être reconnu comme citoyen à part entière.

¹⁴² Sidney Verba, Worman H.N.C. et Jae-on-Kim, The mode of democratic participation : Across - National comparison, Comparative politics series, Sage Publication Inc., Beverly Hills, California, 1970, 80 pages.

Carole Pateman, Participation and Democracy Theory, Cambridge University Press, London, 1973, 122 pages.

La participation a été souvent associée au processus politique et d'abord électoral. Ainsi par exemple, en exerçant son droit de vote tous les quatre ans, en écrivant à son député, en militant au sein d'un parti ou en participant à une manifestation, un citoyen se prévaut de son droit à la participation.

L'autre forme de participation, le bénévolat, n'est pas non plus menaçante pour la démocratie libérale, mais au contraire la soutient.

D'autres types de participation militante tels que l'appartenance à une coopérative ou à un syndicat, sont intimement liés aux processus politiques. Jacques Godbout reprend les théories des auteurs contemporains et classiques :

En fait, c'est la participation qui rend possible le fonctionnement des institutions démocratiques, à la fois parce qu'elle constitue la base de la représentation et parce qu'elle éduque les citoyens dont elle fait des individus capables de pratiquer la démocratie. 143

La participation selon lui, peut constituer une nouvelle forme para-électorale, donc plus menaçante, de "distribution du pouvoir" ou encore une "technique d'exercice du pouvoir". 144

143 Jacques Godbout, La participation contre la démocratie, Editions coopératives Albert St-Martin, Montréal, 1983, p. 26.

144 Ibid. p. 33.

La participation s'identifie donc à la vie associative et politique.

Au sens politique et organisationnel, la participation désigne un certain type de rapport entre les gouvernants et les gouvernés, l'Etat et les citoyens, l'organisation et son client. ¹⁴⁵

Godbout propose enfin la définition suivante de la participation :

La participation, 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. ¹⁴⁶

Au Québec, les premières expériences de nouvelles formes de participation active sont apparues après la révolution tranquille. Ces expériences ont été associées à une nouvelle technique de mobilisation appelée l'animation sociale. Cette technique est tellement innovatrice au Québec que la C.E.S.E.B.S. y consacre toute une annexe et des auteurs connus comme Jacques Grand'Maison, y consacrent une place importante dans leurs écrits. ¹⁴⁷

¹⁴⁵ Ibid. p. 31.

¹⁴⁶ Ibid. p. 34.

¹⁴⁷ Jacques Grand'Maison, Vers un nouveau pouvoir, Editions HMH Ltée, Montréal, 1969, 257 pages.

L'expérience de participation par la technique d'animation la plus connue est celle du Bureau d'aménagement de l'est du Québec. De 1963 à 1966, le BAEQ a tenté d'élaborer un plan de développement et d'aménagement d'une région isolée du Québec en essayant d'en impliquer et de faire participer les gens. Ce fut un projet ambitieux qui connut un succès mitigé. Viennent par la suite les expériences des comités de citoyens.

Au début des années 1971, les citoyens se sont regroupés en associations de toutes sortes afin de revendiquer ou défendre leurs droits et même développer leurs propres services. Un exemple de ce type de développement est la Clinique populaire de Hochelaga-Maisonneuve qui est devenue par la suite le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve.

L'expérience du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve fut aux yeux de plusieurs critiques un exemple frappant de récupération de la part de l'Etat.

L'expérience de participation qui nous intéresse plus particulièrement est celle entreprise par l'Etat au niveau de la réforme de ses propres institutions gouvernementales tant au niveau de l'éducation que des affaires sociales.

En proposant l'établissement des centres locaux de santé qui sont devenus par la suite les C.L.S.C., la C.E.S.B.E.S. et la commission parlementaire des Affaires sociales furent surprises par la réaction des

groupes de citoyens qui manifestaient leur mécontentement et criaient à la récupération.

Devant cette clameur publique et les pressions exercées par ces groupes et par l'opposition péquiste, une concession intéressante fut offerte. L'Etat offrait à la population et aux groupes de citoyens la possibilité d'être représentés aux Conseils d'administration des établissements à être créés. Cette offre donnait l'impression d'apaiser les critiques. Le mot d'ordre de l'Etat était de permettre à ceux qui le voulaient de prendre en charge la gestion des établissements qui desserviraient leur territoire. L'Etat permettrait également aux employés des établissements créés de siéger sur les Conseils d'administration.

Cette expérience de co-gestion créera de nombreux problèmes tant au niveau de l'efficacité que de la distribution des services.

Ainsi, les Conseils d'administration étaient composés de représentants d'usagers, de groupes socio-économiques, du personnel clinique et non-clinique, du directeur général, etc. Leur mandat était d'administrer l'établissement en élaborant sa philosophie, son orientation et ses grandes politiques. Ce rêve, si prometteur sur papier et inscrit dans une loi, ne se reflètera pas dans la réalité.

Nous avons siégé sur de nombreux conseils d'administration dans le réseau des Affaires sociales et nous pourrions relater de nombreuses expériences. Jacques Godbout, à l'aide d'études empiriques réalisées auprès

des C.L.S.C., décrit bien la réalité dans son livre Participation contre démocratie.

B 3. a) La participation représentative

Lorsque Claude Castonguay avoue lui-même que la formule de participation de la réforme n'a pas donné les résultats escomptés, ¹⁴⁸ peut-on déduire qu'il y a eu échec. Nous ne le pensons pas. L'objectif poursuivi était de créer des conseils d'administration représentatifs du milieu. Selon Godbout, les citoyens-usagers siégeant sur les conseils d'administration représentent bien leur milieu. Mais dans bien des cas, les conseils d'administration sont contrôlés par des gens issus de la classe moyenne. Qu'arrive-t-il aux gens à faible revenu, voire défavorisés ?

Il sont très peu représentés au conseils d'administration. Qui parle pour eux ? Est-ce que ceux qui ne vivent pas leurs problèmes et leur réalité prétendent savoir ce dont ils ont besoin ? Il semble que les membres des conseils d'administration qui sont eux-mêmes issus du milieu prétendent en effet connaître les besoins des gens qu'ils représentent.

Dans une sous-région comme le Pontiac, où le taux d'inactivité est de 53% (contre 45% pour l'ensemble de l'Outaouais), où le taux de chômage est plus élevé que la moyenne provinciale, où le revenu familial est de 4 000\$ inférieur au revenu moyen provincial, etc., très peu de chômeurs, de chefs

¹⁴⁸ Médecin du Québec, op. cit. p. 53.

de famille à faible revenu, de récipiendaires d'aide sociale, etc., siègent sur les conseils d'administration locaux. On y retrouve cependant l'élite pontissoise, des professionnels de la gestion et des permanents des établissements. Les pauvres, semble-t-il, ont été exclus de la participation.

B 3. b) La participation à la gestion

Le pouvoir confié aux Conseils d'administration démontre que la participation n'a pas toujours donné les résultats escomptés. Au tout début, les Conseils d'administration avaient une grande marge de manoeuvre. Le Ministère en effet était tout nouveau et plusieurs des normes administratives actuelles n'existaient pas encore à cette époque. Tout était à faire. Mais au fur et à mesure que le Ministère s'organisait et créait des normes, le pouvoir des conseils d'administration diminuait.

Alors qu'au début le conseil d'administration des C.L.S.C. donnait une couleur locale à son établissement et adoptait des programmes adaptés à son milieu, aujourd'hui il se retrouve à estampiller des programmes ministériels et à adopter des budgets décidés ailleurs. A l'époque, le C.L.S.C. des Draveurs a pu investir des énergies et de l'argent pendant 8 mois dans la mise sur pied d'une journée d'activités pour les jeunes de toutes les écoles secondaires locales dans le cadre de son programme jeunesse à l'occasion de l'année internationale des jeunes. Aujourd'hui, ce genre d'initiative n'est plus possible à cause de la plus grande rigidité des budgets et des programmes. Sur le plan budgétaire, le C.L.S.C. la Petite-Nation a pu octroyer à l'époque des subventions à des groupes locaux à partir des

surplus budgétaires provenant des différents programmes, pratique qui n'est plus tolérée par le Ministère. Les C.L.S.C. opèrent aujourd'hui avec des budgets protégés pour des programmes tels que les "soins à domicile", la "santé et sécurité au travail" et d'autres, ces argents ne pouvant être appliqués ailleurs que là où ils ont été affectés par le MAS. Le pouvoir réel des conseils d'administration est donc maintenant très limité.

B 3. c) La participation aux services

C'est au niveau de la participation aux services que l'expérience de participation est la plus encourageante. Tel que décrit dans la section sur l'approche communautaire, la participation de l'usager et de son environnement devient un élément essentiel dans la solution de son problème. Il en va de même pour la solution d'un problème collectif; à moins que la communauté ne participe activement à la recherche de solutions, le problème demeure entier. Depuis la fondation des C.L.S.C., les intervenants, en collaboration avec les gestionnaires, ont élaboré, tant au niveau provincial que régional et local, des critères qui inciteront la population à définir et solutionner leurs problèmes. Tant au niveau collectif qu'individuel, l'usager et/ou son environnement sont toujours invités à participer à l'élaboration d'un plan de services. Tout dernièrement dans le programme de maintien à domicile, le Ministère a développé un outil d'évaluation (C.T.M.S.P., classification par types en milieu de soins et services prolongés) qui permet d'intégrer toutes les ressources professionnelles (médecin, infirmière, travailleur social, etc.) et environnementales (familles, amis, usagers, etc.) dans un plan de services.

Cette participation inusitée de tous les partenaires y compris l'utilisateur en traitement, permet d'assurer une plus grande équité dans la dispensation des services.

La participation de la communauté dans la solution de problèmes collectifs nous semble assez étonnante. Malgré l'image négative transmise récemment par un article de Dominique Demers paru dans l'Actualité du mois de janvier 1987, il nous semble que les C.L.S.C. sont responsables d'un certain nombre de réalisations au Québec. Le réseau de garderies, de halte-garderies et d'agences de garde a souvent été piloté localement par les C.L.S.C. Ce sont dans une large mesure les C.L.S.C. qui ont mis sur pied dans la plupart des localités et des régions des ressources telles que les maisons de jeunes, les maisons d'hébergement pour femmes, les centres de rencontre pour personnes âgées, les associations de défense des droits sociaux, les coopératives de consommation et de travailleurs, les médias communautaires (radio, télévision, journaux, etc.). Les C.L.S.C. ont été en effet les catalyseurs de ces réalisations, mais le moteur en a été la communauté, sans la participation de laquelle, plusieurs de ces ressources n'auraient pas vu le jour.

C'est à ce niveau que la participation a eu son apport le plus remarquable. Quand un individu ou une collectivité décide de participer à la solution de son problème, le problème est à moitié réglé.

CHAPITRE TROIS

LA PLANIFICATION DES NAISSANCES

La planification des naissances

La mise sur pied d'un programme provincial de planification des naissances n'a pas été comme on pourrait le penser le résultat d'une étude de besoins menée auprès de la population. Il est difficile de mesurer avec exactitude dans quelle mesure ce programme a pu contribuer au déclin du taux de natalité que connaît le Québec depuis dix ans. L'apparition de ce programme fait suite aux pressions exercées par le mouvement féministe québécois et s'inscrivait lors de sa mise sur pied dans un projet de société que tentaient de définir les Québécois à cette époque. Le mouvement féministe québécois n'est donc pas étranger à la venue de ce programme et sera au coeur même du débat qui entourera toute la question de l'avortement. Le dossier du planning des naissances a été confié au C.L.S.C. grâce à un concours de circonstances à caractère politique. Le Parti québécois sent en effet que les C.L.S.C. veulent s'associer à la définition de ce projet de société. Or, les C.L.S.C. constituent un milieu favorable dans lequel le mouvement féministe peut prendre racine et dans lequel le Parti québécois trouve des sympathisants. Le Parti Québécois s'étant déjà engagé, lors des élections précédentes, à implanter ce programme, il lui fallait trouver des appuis, des collaborateurs. Les C.L.S.C. et le mouvement féministe lui fourniront cette collaboration.

A) Le discours féministe

A) 1. Prise de parole internationale

Le Québec comme toute les autres provinces canadiennes et les autres pays du monde, a connu une période d'effervescence féministe. Historiquement, le mouvement a commencé à se faire connaître au début du siècle par le mouvement des suffragettes à travers l'Europe et l'Amérique du Nord. Les femmes essayaient, à cette époque, de faire reconnaître leur droit légitime de participer au processus électoral... La Québécoise la plus connue de ce mouvement fut sans aucun doute Thérèse Casgrain. Les revendications des femmes se sont surtout limitées pendant ces années à des considérations électorales.

Les considérations à caractère familial, sexuel, économique, etc., ne viendront que plus tard. L'auteure contemporaine qui suscitera ouvertement ces questions sera Simone de Beauvoir lorsqu'elle publiera, en 1949, Le deuxième sexe. Par la suite, suivra une foule de féministes engagées dont certaines des plus connues seront : Betty Friedan, Germaine Greer, Kate Millett, etc. Ces femmes représentent la gauche féministe, mais les milieux conservateurs et chrétiens ont également leur mouvement féministe. Un des plus récents ouvrages (1984) faisant état de leur point de vue particulier s'intitule : Women Beyond Equal Rights par

Dee Jepsen. Celle-ci a été conseillère auprès du président Reagan sur les questions féminines entre 1982 et 1984. 149

Ce qui nous intéresse dans ce discours en rapport avec le planning des naissances, c'est le désir qu'ont les femmes de se redéfinir, de se réapproprier leur corps et de devenir des êtres autonomes vis-à-vis le "mâle".

un homme n'a pas à se défendre
d'être homme... l'humanité est mâle
et l'homme définit la femme en soi,
elle n'est pas considérée comme
autonome. 150

Dans cet ordre d'idées, les femmes revendiquent une autonomie à tous les points de vue. Elles veulent s'affranchir du mariage, de la sexualité, de la vie économique, de la famille, de la politique, etc.; elles veulent se distancer de cette société patriarcale pour créer autour d'elles une société plus libre et plus égalitaire. Ces revendications ne s'appuient cependant sur aucune solidarité entre elles.

l'action des femmes n'a jamais été
qu'une agitation symbolique; elles
n'ont gagné que ce que les hommes
ont bien voulu leur concéder; elles
n'ont rien pris : elles ont reçu...
Bourgeoises, elles sont solidaires des
bourgeois et non des femmes

¹⁴⁹ Dee Jepsen, Women Beyond Equal Rights, World Books publisher, Waco, Texas, 1984, p. 12.

¹⁵⁰ Simone de Beauvoir, Le Deuxième sexe I, Editions Gallimard, 1949, Collection Idées, Paris, p. 14-15.

prolétaires; blanches des hommes
blancs et non des femmes noires. ¹⁵¹

Plusieurs auteures affirment que l'égalité des femmes passera par l'autonomie économique. La révolution industrielle et le mouvement socialiste du début du 19^e siècle et du 20^e siècle semblent ouvrir des portes aux femmes, mais elles seront vite déçues. Les moyens de production et les rouages politiques en régime capitaliste tout comme en régime socialiste sont entre les mains des hommes et y resteront. En 1920, en France, les femmes ne représentent que 252 000 syndiquées sur un ensemble de 3 076 585 syndiqués. ¹⁵² Au Québec, "en 1976, les travailleuses syndiquées ne représentaient que 31,2% de l'ensemble des syndiqués". ¹⁵³

Si la femme n'a pas réussi à s'affranchir de l'homme, c'est que celui-ci a, depuis des siècles, établi des rapports de force sur la femme et ses enfants. C'est ce que Kate Millett appelle la "politique du mâle". Le régime patriarcal qu'elle décrit prend pour acquis que l'équilibre des forces penche en faveur de l'homme, et que cette situation constitue pour la femme une oppression permanente et odieuse.

¹⁵¹ Ibid. p. 20.

¹⁵² Ibid. p. 145.

¹⁵³ Conseil du statut de la femme, Pour les Québécoises, égalité et indépendance, Editeur Officiel du Québec, Québec, 1978, p. 254.

Le terme "politique" se réfère aux rapports de force, aux dispositions par l'intermédiaire desquelles un groupe de personnes en contrôle un autre. 154

Le sexe devient pour la femme une catégorie sociale ayant des implications politiques. Notre société comme toutes les autres sociétés est patriarcale :

dès l'instant où l'on réfléchit que l'armée, l'industrie, la technologie, les universités, la science, l'administration politique et la finance, bref, toutes les avenues conduisant au pouvoir de notre société y compris la force coercitive de la police sont entre les mains des mâles. 155

Cette théorie de domination est basée sur des aspects biologiques et psychosociaux qui confèrent au mâle un statut exclusif reconnu depuis toujours tandis que la femme a un statut subalterne.

agression, intelligence, force, efficacité chez le mâle; passivité, ignorance, docilité, "vertu", inefficacité chez la femelle. 156

154 Kate Millett, La politique du mâle, Collection Points Actuels, Edition Stock, Paris, 1971, p. 37.

155 Ibid. p. 37.

156 Ibid. p. 49.

On maintient ainsi la femme dans un rôle qu'on tient pour inférieur où elle s'occupe de la reproduction des enfants, des tâches domestiques, alors que l'homme verra aux grandes destinées de la société.

Les grandes décisions sont prises par les mâles à l'échelon politique et économique. Ce terrain privilégié a été pendant longtemps le fief des hommes. Malgré les changements des dernières décennies, l'arène politique et économique demeure encore fermée aux femmes. En 1976, aux élections provinciales "les candidatures féminines ne représentaient que 6,5% de l'ensemble des candidatures".¹⁵⁷ De 1940 à 1976, seulement sept femmes ont été élues au Québec; "outre Claire Kirkland-Casgrain (62) ce sont Lise Bacon (73), Thérèse Lavoie-Roux, Lise Payette, Louise Sauvé-Cuerrier, Denise Leblanc et Jocelyne Ouellet (76)".¹⁵⁸ Il en est de même au niveau syndical et économique, les femmes ne représentent qu'un tout petit pourcentage du processus décisionnel. Par exemple, au Bureau confédéral de la Confédération des Syndicats Nationaux, sur 17 membres, seulement 4 sont des femmes.¹⁵⁹ Sur le plan économique, selon Statistiques Canada, "en 1975, seulement 3,4% des travailleuses... occupaient des postes de direction ou d'administration".¹⁶⁰

La femme peut-elle échapper à ce stéréotype et atteindre l'autonomie et le respect qu'elle recherche ? Germaine Greer dira que la libération de la

¹⁵⁷ Conseil du statut de la femme, op. cit. p. 315.

¹⁵⁸ Ibid. p. 315.

¹⁵⁹ Ibid. p. 319.

¹⁶⁰ Ibid. p. 321.

femme passe par la libération de l'homme. Celui-ci est contraint d'assumer des rôles et des tâches qu'il pourrait assumer conjointement avec la femme.

Les hommes sont las de porter seuls la responsabilité sexuelle et il serait temps de les en délivrer. 161

Celle-ci doit refuser d'être la femme-objet ou la femme-esclave. Elle doit étendre son pouvoir de refus à se marier, à se faire violence, à consommer, etc. Germaine Greer dira que :

Remplacer la compulsion par le principe du plaisir demeure le principal moyen de libération des femmes. Faire la cuisine, s'habiller, se maquiller, nettoyer, ces occupations sont devenues des contraintes dans lesquelles l'anxiété a depuis longtemps remplacé le plaisir de l'entreprise réussie. Pourtant ces activités pourraient être des divertissements. L'essence du plaisir est la spontanéité. Cela signifie qu'il faut rejeter les normes et lui substituer un principe d'auto-régulation. 162

Cette libération selon elle doit passer par l'abolition des classes sociales et de la propriété privée, l'approche marxiste préconisée par Germaine

161 Germaine Greer, La Femme Eunuque, Editions du Jour/Robert Laffont, Montréal et Paris, 1971, p. 391.

162 Ibid. p. 401.

Greer et certaines de ses consœurs n'est pas partagée par la droite féministe.

Représentées par des femmes comme Phyllis Schofly du Eagle Forum Organisation, comme Beverly Lahaye du Concerned Women for America, Connaught Marshner du The Traditionnel Woman et par Dee Jepsen, auteure, elles refusent de rejeter toutes les valeurs traditionnelles qui ont fait des Etats-Unis et de plusieurs autres pays ce qu'ils sont aujourd'hui.

La droite féministe affirme qu'il n'est pas nécessaire et qu'il ne serait pas utile de rejeter en bloc les rôles occupés traditionnellement par les femmes au sein du couple, de la famille et de la société. Ce ne sont pas les rôles qui oppriment la femme, mais les attitudes et les valeurs véhiculées par les hommes de même que par les femmes par rapport à ces rôles. Tout individu a le droit d'être traité équitablement et d'être reconnu pour sa contribution sociale. Il serait temps pour la société de reconnaître toute l'importance du rôle de la femme dans le maintien de la cellule familiale plutôt que de tenter d'échapper à ce rôle sous prétexte qu'il n'est pas reconnu à sa juste valeur. La liberté en effet ne consiste pas à quitter l'esclavage de la domesticité pour devenir esclave du "rat race", mais la liberté vient de ce qu'on puisse choisir sans contraintes et sans discrimination un rôle qui corresponde à nos convictions.

Le terme "féministe" n'a certes pas le même sens pour tous. Dee Jepsen prête son appui à certaines définitions mais pas à toutes.

In earlier years the term described a person who supported women's suffrage and who demanded that women be given the right to vote, a cause with which I and most everyone today would be in accord. To some the term simply meant one who had the desire to see women treated fairly and justly, not discriminated against or treated poorly just because of gender alone. There again, my active support would have to be added. But in the more radical position today, being a feminist means that one favors treating women being indetical to men, among other things, supporting their inclusion in the military draft and them into combat. Additionnaly, this definition means supporting abortion and lesbian rights. 163

Dee Jepsen ne partage pas la position moderne radicale du féminisme. Elle fait état du rôle biologique que joue la femme dans la reproduction de la race mais aussi de son rôle culturel et moral.

Women are primarily responsible for passing on our culture, passing on our values and for shaping and molding the young lives of the leaders of tomorrow. We women, have often been taken for granted and seldom taken seriously by many in our society. What is needed most is healing not more hostility. Hostility is not a solution but a new

163 Dee Jepsen. op. cit. p. 31.

problem. Women who choose to be career homemakers and that is what home making is - a career - need to know that they are making a major contribution, not only to their families but to society. And these women should not feel guilt or society pressure to prove their worth by joining the professional work force. And women who choose to pursue a career in the market place should not feel guilty or selfish. They need also to realize that they can take what are identified as "traditional values" in our society with them, wherever they play their role in life. Holding traditional values and pursuing a career outside the home are not mutually exclusive for women. Women can value marriage and family, hold moral values high and still function in today's market place. In fact, those principles are surely needed there.

164

Nous constatons donc le manque de solidarité entre les femmes des différentes philosophies féministes. Elles ont le même intérêt, c'est-à-dire, une place-égale et un traitement équitable pour les femmes dans la société; cependant, elles défendent des valeurs diamétralement opposées.

164 Dee Jepsen, op. cit. p. 32.

A) 2. Principaux thèmes

Pendant des années, les femmes de nombreux pays et de nombreuses sociétés ont réfléchi et débattu des thèmes privilégiés du mouvement féministe. Voici ceux que notre analyse a dégagés :

- a) la sexualité : - la réappropriation de leur corps
 - les relations sexuelles hommes-femmes
 - le complexe de castration
 - la maternité
 - les menstruations
 - le planning des naissances
 - l'avortement
- b) la dépendance : - l'accès au marché du travail
 - économique - la syndicalisation des femmes
 - la parité salariale avec les hommes
 - le salaire minimum garanti
 - l'oppression capitaliste
- c) le mariage et : - les relations de couple
 - la famille - le patriarcat
 - les enfants
 - les tâches domestiques
 - l'adultère
- d) la dépendance: - l'habillement
 - culturelle - le comportement social
 - le maquillage

- la forme du corps

e) la dépendance: - le vote

politique - l'accession au pouvoir politique

Ces thèmes sont encore aussi présents aujourd'hui qu'ils l'étaient il y a dix, vingt ou trente ans. Cette liste, d'ailleurs, ne prétend pas être exhaustive.

A) 3. Le discours québécois

Le Québec n'a pas échappé à cette vague. Nous avons connu également pendant les années soixante, soixante-dix et début quatre-vingts, un mouvement féministe structuré qui a fait part de ces revendications. Les 6 apôtres les mieux connues, pour n'en nommer que quelques-unes, ont été Lise Payette, Pauline Marois, Claire Bonenfant, Lisette Gervais, Pauline Julien, Stella Guy, Michèle Jean, Jeanne-D'Arc Vaillant, Denise Bombardier, Jeannette Bertrand, Monique Simard, Aline Desjardins, etc. Cette vague de popularité s'est également traduite à la radio et à la télévision par des émissions consacrées aux femmes et animées par des femmes : "Place aux femmes", "Femme d'aujourd'hui", etc., qui ont connu d'énormes succès pendant de nombreuses années. D'autre part, plusieurs des femmes ci-haut mentionnées sont auteures d'articles ou de livres qui ont porté sur la condition féminine.

La période la plus mouvementée a été sans contredit la période qui a suivi l'élection du Parti québécois. En effet, ce fut le premier gouvernement

à créer un poste de ministre à la Condition féminine et un ministère pour traiter des questions connexes. De plus, le gouvernement québécois a institué le Conseil du statut de la femme, conseil qui relevait directement de la ministre responsable de la Condition féminine.

Le discours féministe québécois ne sera pas très différent de celui entendu ailleurs. Au Québec, le Conseil du statut de la femme recevait le 18 mai 1978, un mandat du Conseil des ministres :

d'effectuer une étude en profondeur sur une politique d'ensemble de la condition féminine, soit à court terme et à long terme, planifier et coordonner l'action des ministères impliqués dans les changements à effectuer, en identifiant ces changements et en analysant les instruments dont les ministères disposent ou devraient disposer. ¹⁶⁵

Ce vaste mouvement de consultation réunira des femmes de toutes les couches de la société et les invitera à se prononcer sur les thèmes identifiés précédemment. On privilégiera lors de cette étude, une approche féministe "qui non seulement postule que les rapports d'inégalité entre les hommes et les femmes sont sources de conflits, mais cherche à en comprendre la nature et à en éliminer les causes". ¹⁶⁶ Le Conseil, dans son rapport, favorise une "explication sociologique" plutôt que biologique. ¹⁶⁷

¹⁶⁵ Conseil du statut de la femme, op. cit. p. 18.

¹⁶⁶ Ibid. p. 25.

¹⁶⁷ Ibid. p. 26.

L'étude produite par le Conseil et intitulée Pour les Québécoises, égalité et indépendance regroupera toutes les revendications féminines des dernières années. Ce rapport contient également des revendications et les recommandations concernant le sujet qui nous intéresse, c'est-à-dire, la planification des naissances et l'avortement. Dans le chapitre 2, "Différences biologiques : Prétexte à une division du travail en fonction des sexes", on retrouve une section sur la maternité et la maîtrise de la fécondité, qui comporte trois recommandations importantes concernant le planning des naissances.¹⁶⁸ Bien que le gouvernement québécois ait déjà mis sur pied un programme en 1976, ces recommandations ainsi que les orientations émises par le MAS lors du colloque du Mont-Gabriel de décembre 1980 seront la base d'un programme structuré. Ces recommandations seront reprises également par la Fédération des C.L.S.C. à son congrès de Sherbrooke en 1979 puis de Hull en 1980 et fourniront à certains C.L.S.C. le cautionnement nécessaire pour offrir un service de planning comprenant l'avortement ou appuyer un service à l'extérieur du C.L.S.C. tout en lui offrant le soutien technique et professionnel nécessaire.

Le thème de la planification des naissances et de l'avortement sera un thème sur lequel plusieurs groupes féministes seront solidaires car, disent-ils, si nous ne pouvons maîtriser notre corps, comment pourrions-nous assumer des positions de leadership dans d'autres secteurs?

¹⁶⁸ Ibid. p. 85.

Le discours féministe québécois a connu cet élan grâce également à une période de remise en question au Québec. Cette période, qualifiée de Révolution tranquille, a marqué l'histoire et a bouleversé plusieurs traditions québécoises. Entre autres, le clergé québécois perdra beaucoup d'emprise sur plusieurs secteurs d'activités (éducation, affaires sociales, culture, etc.). C'est cette période que nous aborderons brièvement dans la prochaine section.

B) La révolution tranquille

La plupart des chercheurs et analystes de la question s'entendent pour dire que cette période s'est échelonnée de 1960 à 1966 mais tous sont d'accord pour dire qu'on en a senti les effets jusqu'au début des années 1980. La Révolution tranquille est vue comme un changement fondamental et qualitatif de la société québécoise. Ce changement porte sur deux aspects, soit une plus grande participation des Québécois dans une économie moderne et industrielle, et une réorientation des valeurs surtout en ce qui a trait au respect et à la réaffirmation de l'authenticité des Québécois dans leur culture.

On s'entend habituellement pour caractériser les Québécois et les Québécoises d'avant les années soixante comme des gens de mentalité religieuse et conservatrice, l'Eglise imprégnant la société (et la politique) de sa morale et de ses clercs. Mais avec l'avènement de la Révolution tranquille, des forces nouvelles et plus dynamiques auraient pris la relève et renversé les valeurs traditionnelles. De nombreux auteurs ont fait

ressortir l'importance des changements dans les structures sociales, tout particulièrement le retrait de l'Eglise des domaines de l'enseignement, de la santé et des services sociaux, au profit de l'Etat québécois et des réseaux publics mis en place par lui. Selon l'interprétation la plus courante, celle avancée par les Léon Dion,¹⁶⁹ Fernand Dumont, Marcel Rioux, Guy Rocher et autres, la Révolution tranquille a réellement été une révolution culturelle, une révolution fondamentale des valeurs de tout un peuple. Ainsi donc, les changements observables dans les institutions et les structures sociales au cours des années soixante ne seraient que des symptômes, des manifestations de changements plus profonds dans les mentalités. Et ce serait précisément l'adhésion des Québécois et des Québécoises à de nouvelles valeurs qui aurait forcé (ou au moins encouragé) l'adoption d'un corps de lois progressistes, y compris celles réorganisant de fond en comble le domaine des affaires sociales et faisant une ouverture au planning des naissances.

Il faut, certes, reconnaître que les liens autrefois organiques entre l'Eglise et l'Etat se sont passablement relâchés. Au titre des pouvoirs, sinon de l'influence, il va sans dire que la hiérarchie catholique a perdu depuis vingt-cinq ans la plupart des privilèges que la nation lui avait consentis depuis trois siècles et demi. L'introduction graduelle de mesures comme l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé, les lois sur les hôpitaux, la

¹⁶⁹ Léon Dion, Le Bill 60 et la société québécoise, Montréal, H.M.H., 1967.
 Fernand Dumont, "Notre culture entre le passé et l'avenir", tiré de La Vigile du Québec, Montréal, Hurtibise, H.M.H., 1971.
 Marcel Rioux, Le Québec en question, Paris, Editions Seghers, 1971.
 Guy Rocher, Le Québec en mutation, Montréal, Hurtibise, H.M.H., 1971.

mise en place des C.L.S.C. et des Centres de services sociaux ont fait se rétrécir le territoire de l'Eglise comme une peau de chagrin.

En revanche, cette perspective fort populaire a le tort de simplifier démesurément les rapports entre d'une part les changements dans les structures sociales et les comportements et d'autre part l'évolution des valeurs profondes de toute une société. Il faut se rappeler que la Révolution tranquille représente avant tout la volonté de changement préconisée par une élite, une avant-garde si l'on préfère. Par conséquent, les réformes institutionnelles des années soixante reflètent davantage les intérêts de certaines élites (au pouvoir) que les valeurs de l'ensemble des Québécois et Québécoises, ce qui n'exclut pas que certaines couches populaires aient endossé, voire légitimé les politiques réformistes. Nous sommes convaincu que la Révolution tranquille n'a pas constitué, pour la plupart des Québécois, l'occasion d'un revirement complet des mentalités ou d'un abandon massif des façons traditionnelles de penser et de juger. Au contraire, au cours des deux dernières décennies, les nouvelles valeurs, qui relèguent la religion au domaine privé en ne lui reconnaissant plus de place dans les débats publics, ces nouvelles valeurs n'ont pas réussi à imprégner la fibre de la nation québécoise. Naguère le débat sur les projets de réforme scolaire du ministre Camille Laurin en fut une illustration frappante. Toute la question du planning des naissances et de l'avortement est aussi un exemple qui retiendra notre attention dans le reste de cette étude.

Bien que le revirement des mentalités et des valeurs traditionnelles n'ait pas été complet, les militantes du mouvement féministe ont trouvé lors

de cette période, un terrain fertile dans lequel leurs revendications, particulièrement en matière de planning des naissances, ont pu prendre racine. L'arrivée sur scène des C.L.S.C. avec ses professionnels modernes véhiculant ces nouvelles valeurs servira à précipiter le débat entourant le programme de planification des naissances et l'épineuse question de l'avortement. Les C.L.S.C. seront d'ailleurs activement impliqués tout au long du débat.

C) La politique de planification des naissances au Québec

De tout temps, au Canada, la planification des naissances a fait couler l'encre de la controverse. En effet,

ce n'est qu'en 1969 que la diffusion
de renseignements sur la
planification des naissances est
devenue légale au Canada. ¹⁷⁰

Bien sûr, lorsqu'on parle de ce sujet délicat, on soulève également une autre polémique d'actualité : la question tout aussi controversée de l'avortement. C'est sur cette dernière question que les C.L.S.C. exerceront leur influence sur le gouvernement et joueront un rôle actif dans la détermination d'une politique sociale au Québec. Cependant entre 1969 et 1976, les progrès dans ce domaine ont été limités à cause d'une confrontation fédérale-provinciale sur le plan juridique. Aux groupes qui revendiquaient des services

¹⁷⁰ Le Conseil consultatif de la situation de la Femme, Dossier femmes. Planification des naissances, Ottawa, Canada, 1976, p. 8.

complets en planification des naissances, le gouvernement de l'époque, par l'intermédiaire de son ministre, M. Claude Forget, répondait :

si une action doit être prise, c'est par
une modification de la loi, laquelle
relève de la juridiction fédérale. 171

De plus, il ne faut pas oublier qu'à cette époque, le procès du Dr. Morgentaler était en cours et les deux paliers de gouvernement attendaient le jugement dans ce procès avant de se compromettre. Dès 1976, les événements se sont précipités avec l'annonce par le MAS de sa politique de développement des services de consultation de base dans ce domaine, ainsi qu'en 1977 avec l'annonce par le Ministère de la santé et du bien-être d'un projet pour stimuler les provinces dans ce domaine.

Nous discutons avec les provinces de la possibilité d'établir des cliniques gynécologiques directement affiliées à un hôpital général et destinées à donner des renseignements sur la planification des naissances, le counselling en matière de fécondité, le dépistage des cancers, l'avortement, l'hygiène maternelle générale et l'auto-examen des seins et à fournir les services communautaires connexes comprenant des conseils sur le rôle des parents et sur la vie familiale. 172

171 Ministre Claude Forget, La Presse, Montréal, 27 juillet 1975.

172 C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, Mémoire en Planification des naissances, Rapport présenté au MAS, Montréal, 1977, p. 16.

En pratique, le planning des naissances peut se définir comme un processus dans lequel les personnes intéressées doivent répondre à trois questions : Quand avoir des enfants ? Combien en avoir (le cas échéant) ? Comment s'y prendre pour atteindre les deux premiers objectifs ?

Jusqu'à un passé encore tout frais, la plupart des couples québécois francophones exécutaient la divine prescription retransmise par les prédicateurs de l'Eglise : "Croissez et multipliez-vous", ce qui eut notamment pour résultat une fertilité record en Occident au début du dix-huitième siècle, avec un taux de 65,5 par millier. Jusqu'à la veille de la Révolution tranquille, le Québec a manifesté un taux de natalité supérieur à celui de toutes les autres provinces canadiennes. Quant aux couples désireux de limiter la taille de leur progéniture malgré les enseignements de leur curé, ils pouvaient toujours "empêcher la famille" grâce à des techniques traditionnelles comme la continence, le coït interrompu ou le condom (acheté dans l'arrière-boutique du pharmacien). Mais les pressions de l'industrialisation et de l'urbanisation couplées au développement de techniques de détermination des cycles de fertilité (méthode dite d'Ogino-Knaus, par exemple) ont forcé certains ecclésiastiques d'assouplir l'enseignement de l'Eglise en tenant compte du vécu des couples de l'après-guerre. Mais l'ouverture est bien faible et l'Eglise s'arroge toujours le mot de la fin, comme en témoigne ce long extrait d'un best-seller du père Marcel-Marie Desmarais, o.p. :

Des raisons très sérieuses existent parfois pour inciter les époux à ne pas désirer la venue d'un enfant.

Ainsi, une grande pauvreté, l'impossibilité de trouver un logement convenable, une santé précaire, le danger de mort que pourrait courir l'épouse à l'occasion d'une nouvelle maternité sont autant de motifs graves pour redouter une grossesse. Il reste alors aux époux un moyen efficace et tout à fait légitime. Ce moyen, c'est la continence (...).

Tous les théologiens s'accordent à reconnaître que des raisons graves sont requises pour justifier la limitation des relations conjugales aux périodes de stérilité. Pour des époux qui agissent par pur égoïsme, afin de fuir les sacrifices et les charges de famille (...) s'adonner à l'acte conjugal exclusivement dans les temps agénésiques constitue une déviation morale qui porte un caractère de culpabilité. (...) La méthode Ogino-Knaus demeure donc, en tout état de cause, un remède exceptionnel pour des circonstances exceptionnelles (...) le recours à la méthode Ogino-Knaus ne devrait se faire que sur prescription d'un prêtre. Juge impartial des motifs allégués, le prêtre est bien placé pour statuer jusqu'où vont les exigences de la loi morale dans un cas donné.

173

173 Marcel-Marie Desmarais, L'Amour et l'âge atomique, Montréal, Edition du Livre, 1950, p. 64-66.

Malgré ces exhortations, le taux de natalité passait de 37,3 par millier en 1904 à 30,4 en 1954, puis à 23,5 en 1964. La découverte et la mise sur le marché de la pilule contraceptive puis du stérilet devaient constituer un défi sans précédent à la morale catholique. En dépit d'encycliques très claires condamnant ces méthodes, les évêques du Québec tergiversèrent et donnèrent l'impression qu'il revenait à chaque couple de faire ses choix en son âme et conscience. Le curé, en somme, laissait sa place au médecin : la femme québécoise s'affranchissait de l'Eglise des hommes pour voir ses choix (considérablement plus nombreux, il est vrai) soumis à l'aval de la médecine des hommes. Si le taux de naissance au Québec chûtait, pendant la Révolution tranquille, sous la moyenne canadienne, il se retrouvait au début des années soixante-dix au dernier rang des provinces canadiennes. Pour un renversement, c'en était tout un ! Mais les femmes avaient-elles pour autant reconquis leurs corps ? Était-il même possible de faire un choix éclairé en matière de régulation des naissances alors que la question demeurait "délicate" pour ne pas dire "tabou" et l'information peu disponible, partielle, désordonnée, quasiment honteuse ?

Face à l'espace de vide créé par la perte d'influence de l'Eglise en matière de régulation des naissances et à la faveur de la réorganisation des services sociaux et de santé qui suivit le dépôt du Rapport Castonguay-Nepveu (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social), le gouvernement québécois décidait en 1972, de s'impliquer dans la diffusion d'informations en matière de planification des naissances. ¹⁷⁴

¹⁷⁴ Ministère des Affaires sociales, Enoncé de la politique en matière de planification des naissances, Québec, mai 1972, 3 pages.

On peut regrouper l'action du ministère des Affaires sociales depuis lors sous trois rubriques : l'information préventive en milieu scolaire, les services de consultation de base dans les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), les services spécialisés en milieu hospitalier. ¹⁷⁵

C) 1. Services en milieu scolaire

Malgré l'absence d'une véritable politique globale en matière de planification des naissances, on peut quand même affirmer que "l'implantation du programme d'information préventive en milieu scolaire a constitué, à partir de 1973 une action prioritaire.

Conscient que, faute d'information en matière de sexualité et de planification des naissances, les jeunes adoptent des attitudes et des comportements qui sont souvent à l'origine de problèmes majeurs, le ministère des Affaires sociales a voulu, en implantant un programme d'information préventive en milieu scolaire, apporter un élément de solution aux problématiques sociales vécues par les jeunes (grossesses indésirées, avortements, maladies transmises sexuellement...). En mettant à la disposition de la population étudiante des ressources professionnelles compétentes, ce programme désire, par le biais des services aux étudiants,

¹⁷⁵ Ministère des Affaires sociales, Orientations en matière de planification des naissances, Québec, mai 1972.

fournir aux jeunes une information adéquate dans les domaines de la sexualité et de la planification des naissances". 176

En intervenant en milieu scolaire dans le cadre des programmes de santé et de services sociaux, le ministère des Affaires sociales a dû composer avec le ministère de l'Éducation, jaloux de sa juridiction propre. Ainsi, tout en reconnaissant l'urgence d'un programme d'éducation sexuelle complet, l'intervention s'est limitée à un niveau préventif et informatif d'autant plus que d'énormes réticences, voire une opposition parfois véhémement, s'est manifestée chez bon nombre de parents notamment ceux regroupés dans l'Association des parents catholiques du Québec, pour qui l'éducation sexuelle est la responsabilité des parents, non de l'école, surtout que cette dernière, si elle est demeurée officiellement confessionnelle, apparaît de moins en moins catholique.

Compte tenu que les étudiants du cours professionnel, d'un âge plus avancé et à la veille d'entrer sur le marché du travail, risquent davantage de vivre des situations problématiques reliées à l'exercice de la vie sexuelle, le ministère des Affaires sociales a, dès l'origine du programme, invité les responsables à orienter prioritairement leur action vers ce groupe d'étudiants. Par la suite, compte tenu de leur disponibilité, les professionnels ont élargi leur champ d'intervention d'abord aux étudiants du cours secondaire deuxième cycle puis aux étudiants du cours secondaire premier cycle. Dès 1980, les chargés régionaux sont intervenus également à

¹⁷⁶ Ministère des Affaires sociales, Programmes en planning des naissances, Politiques du MAS, Mont-Gabriel, 5 décembre 1980, p. 1.

titre de personnes ressources auprès des parents et professeurs du cours primaire.

Administrativement, c'est aux centres de services sociaux que fut confiée la responsabilité du programme d'information préventive. A cette fin, et compte tenu de l'importance du bassin de population, au moins un poste de chargé régional fut accordé à chacun des quatorze centres de services sociaux de la province.

Sur le plan professionnel, c'est d'abord aux travailleurs sociaux et infirmières oeuvrant en milieu scolaire que revient la responsabilité de la réalisation du programme dans les écoles. A la fin de 1980, la responsabilité de l'application du programme relevait dans une proportion de 63,7% d'une équipe formée par les professionnels des services aux étudiants (le directeur, le responsable de la pastorale, le travailleur social, l'infirmière...).

Chaque année, de 1976 à 1982, le programme d'information préventive a fait l'objet d'une évaluation quantitative. Grâce à la collaboration des chargés régionaux ainsi qu'à celle des professionnels responsables de la réalisation du programme, le Ministère publie annuellement le rapport de cette évaluation.

En collaboration toujours avec les principaux intervenants, le Ministère a mis au point un projet d'évaluation qualitative, après en avoir fait l'expérimentation dans trois régions du Québec.

Il convient également de mentionner qu'une étude longitudinale a été réalisée, en 1979, par l'institut québécois d'opinion publique auprès d'étudiants rejoints par le programme cinq ans auparavant.

Le programme d'information préventive en milieu scolaire a été, dès 1980, implanté dans toutes les régions du Québec. Au cours de l'année scolaire 1978-1979, le programme rejoignait déjà près de 75 000 élèves répartis dans 236 établissements, dont 88,6% sont des écoles secondaires ou polyvalentes.

Même si le ministère de l'Éducation prévoyait dans un avenir rapproché implanter un nouveau programme de formation personnelle et sociale dont l'un des quatre volets couvrirait l'éducation sexuelle, les professionnels de la santé et des services sociaux n'ont pas été par le fait même dégagés de toute responsabilité d'intervention dans le domaine de la sexualité et de la planification des naissances. Des éducateurs n'ont pas manqué de faire appel à leur expertise professionnelle à titre de personnes ressources, alors que les étudiants devaient pouvoir trouver en eux les consultants compétents et disponibles dont ils ont besoin.¹⁷⁷ Une grande interrogation demeurait : qui aura la responsabilité de l'éducation sexuelle dans les écoles ? Bien des intervenants craignaient qu'elle ne soit confiée à des personnes sans formation adéquate, compte tenu particulièrement des coûts supplémentaires occasionnés par le recours à des spécialistes.

¹⁷⁷ La description précédente s'appuie, parfois de façon littérale, sur Ibid. p. 2-4.

D'ailleurs, les coupures budgétaires imposées par le gouvernement depuis plus d'un an ont notamment eu pour conséquence de laisser vacants bon nombre de postes de travailleurs sociaux scolaires, ce qui a réduit déjà d'autant l'efficacité du programme actuel. La poursuite de cette attitude de la part de certains centres de services sociaux, dans la perspective de coupures budgétaires additionnelles, mettait en doute le caractère prioritaire de la prévention aux yeux des administrateurs de ces centres et même aux yeux du Ministère qui a adopté une attitude de laissez-faire.

Ainsi, on note que dans la région administrative de l'Outaouais, le poste de chargé régional laissé vacant quelque temps, a été aboli à partir d'octobre 1982 au même moment où le nombre de travailleurs sociaux en milieu scolaire était diminué. La résultante directe pour l'application du programme d'information préventive en milieu scolaire au cours de l'année 1982-1983 a été d'en restreindre la clientèle-cible : de l'aveu d'un cadre du Centre des services sociaux de l'Outaouais, on devra se limiter aux jeunes de 14 et 15 ans (des niveaux Secondaire III et IV, Professionnel court III et dans une moindre mesure Professionnel court II) alors qu'on avait réussi en 1981-1982 à rejoindre 8 000 élèves répartis du Secondaire II à V, ainsi que l'ensemble du Professionnel court et des classes adaptées aux élèves en difficulté d'apprentissage. Si le ministère des Affaires sociales prévoyait une certaine transition du programme actuel au futur programme du ministère de l'Éducation (éducation sexuelle dans le cadre du programme de formation personnelle et sociale), on semblait assister dans certaines régions à l'attrition d'un programme avant même l'adoption d'un nouveau.

La récession a affecté aussi les priorités en matière de prévention. Il n'est pas sûr toutefois qu'il ait été très sage de reporter aux lendemains les problèmes en matière de planning des naissances.

C) 2. Services de consultation de base

Dès 1976, dans une déclaration de principe, le ministère des Affaires sociales confiait aux C.L.S.C. un mandat d'offrir au grand public des services de consultation de base complets en matière de planification des naissances.¹⁷⁸

En principe, si ce n'est toujours en pratique, les C.L.S.C. assumaient déjà la plus grande responsabilité de services sociaux et de santé en matière de prévention. Malgré cette déclaration, la Fédération du Québec pour le planning des naissances s'inquiète.

Nous nous réjouissons énormément de voir votre ministère concrétiser dans une politique officielle la priorité accordée en 1974 aux services de consultation en planning des naissances... Cependant, nous ne pouvons cacher de grandes déceptions face à ces orientations... D'abord, nous nous inquiétons de l'uniformisation prônée par cette politique et par son caractère malheureusement simplificateur : nous reconnaissons la pertinence et l'importance pour les

¹⁷⁸ Ministère des Affaires sociales, Orientation en matière de planification des naissances, op. cit. 4 pages.

C.L.S.C. de donner des services en planning des naissances... Mais nous n'avons jamais cru que ce soient les seuls établissements habilités à le faire et les seuls à recevoir les fonds gouvernementaux pour ce faire. Ce serait alors admettre que de grandes portions de territoires et même de régions entières n'aient pas accès à des services cliniques avant des années suite à l'inexistence de C.L.S.C. dans l'entourage alors que d'autres établissements publics en conjuguant leurs efforts pourraient offrir dès maintenant des services de qualité.

179

La nomenclature officielle des services de planning des naissances confiée aux C.L.S.C. comprend "l'information, l'éducation, la consultation médicale et psychosociale de première ligne, c'est-à-dire pouvant être dispensée sur une base externe sans recours nécessaire à des ressources humaines ou physiques spécialisées, la référence et la relance.

Les volets éducation et information se traduisent en général par des interventions de groupe auprès de populations cibles jugées prioritaires (jeunes travailleurs, préménopausées...).

Les consultations psychosociales et médicales se situent au niveau d'un individu ou d'un couple qui fait face à un besoin particulier. La prise en charge, l'évaluation, la dispensation du service demandé ou la référence à

¹⁷⁹ Lettre d'André Harvey à Monsieur Claude Forget, Montréal, 27 octobre 1976, p. 1.

d'autres services, qu'ils soient sociaux ou médicaux, internes ou externes à l'établissement, forment les composantes de cette activité. " 180

La situation se complique dans le cas où une référence à un autre organisme (par exemple pour un avortement thérapeutique) s'avère nécessaire. En effet, d'une part, les C.L.S.C. ont toujours réclamé, mais sans succès, l'intégration des services de planning de façon à minimiser les références, y compris en matière d'avortement thérapeutique; 181 certains C.L.S.C. ont profité des zones grises de la législation pour étendre leurs services au-delà d'une définition étroite de leur rôle de consultation, afin de pratiquer des avortements jusqu'à la huitième semaine de gestation.

Au moins une dizaine de C.L.S.C. de la province, particulièrement dans la région de Montréal et au moins un dans la région de l'Outaouais, s'apprêtent à offrir le service d'avortement thérapeutique jusqu'à huit semaines de gestation et pour certains jusqu'à douze semaines. 182

D'autre part, le concept même de référence implique la disponibilité raisonnable d'un service spécialisé de deuxième ligne. On verra plus loin que, dans les faits, ce n'est pas toujours le cas, par exemple en matière

180 Ministère des Affaires sociales, Programmes en planning des naissances, op. cit. p. 5-6.

181 Michel Perrault, Position de la fédération des C.L.S.C. du Québec sur la planification des naissances et l'avortement, Montréal, Fédération des C.L.S.C., septembre 1978, 22 pages.

182 Roger Bellefeuille, "Des C.L.S.C. offriront un service d'avortement", Hull, Le Soleil, lundi le 27 octobre 1980.

d'avortement thérapeutique. En principe, il est évidemment essentiel, dans le cas où une telle référence s'avère nécessaire, que les différents agents d'intervention soient nettement identifiés, qu'ils soient localisés et présentés de façon telle qu'aucune "ambiguïté ne subsiste quant à la responsabilité première du C.L.S.C., et que le "suivi" de la démarche soit assuré".¹⁸³ Mais en pratique, l'ambiguïté subsiste souvent, d'autant plus que chaque C.L.S.C. est responsable de sa participation au développement des services de consultation de base, même si chaque établissement doit offrir des services qui respectent les orientations générales du programme du Ministère.

"Le C.L.S.C. confie à une équipe interdisciplinaire le mandat d'offrir les services en planification des naissances. Cette équipe se compose d'un(e) infirmier(e), d'un(e) intervenant(e) psychosocial(e) et d'un (ou plusieurs) médecin(s) en plus du personnel de soutien qui collabore avec l'équipe de planning.

L'évaluation de ce programme a été confiée au Laboratoire de recherche de l'École de service social de l'Université Laval. Ce mandat comprend deux volets différents mais qui doivent être vus comme étroitement liés : 1^{er} la recherche évaluation portant sur le rendement de l'efficacité des services de consultation et 2^e la définition des activités de développement professionnel et leurs orientations. Dans le cadre de ce dernier mandat, l'Université Laval a produit, à l'intention des

¹⁸³ Ministère des Affaires sociales, Programmes en planning des naissances, op. cit. p. 6.

professionnels de C.L.S.C. oeuvrant en planning, un manuel-guide très élaboré sur l'intervention professionnelle en planning. " 184

En 1980, 36 C.L.S.C. ont été spécifiquement financés aux fins du programme de planification des naissances. On retrouve des C.L.S.C. participants dans la plupart des régions du Québec. 185

Pour l'année 1980-1981, vingt-trois C.L.S.C. avaient demandé des argents spécifiques au développement d'un programme de consultation de base. Les disponibilités financières ont permis de répondre positivement à six d'entre eux. Il reste donc dix-sept établissements qui ont déjà élaboré un projet dans le cadre de ce programme et qui ont dû tenter de répondre aux besoins " 186 de leur population en coupant ailleurs dans leur budget ou bien, si cela s'est avéré impossible, qui ont dû suspendre plus ou moins indéfiniment la mise en oeuvre de leur projet. Par ailleurs, la Fédération des C.L.S.C. du Québec a fréquemment pris vigoureusement position en faveur de la nécessité du programme et son extension à l'ensemble du Québec.

184 Michelle Guay et collaborateurs, Manuel-guide en planification des naissances, MAS, Québec, février 1982, Tome I et II, 374 pages et 437 pages.

185 La Fédération des C.L.S.C. du Québec, "C.L.S.C. qui reçoivent une subvention du MAS en planification des naissances", Fédé Express, Vol. 3, no. 7, Montréal, le 30 septembre 1980.

186 Ministère des Affaires sociales, Programmes en planning des naissances, op. cit. p. 7-8.

On ne trouve guère d'opposition publique aux services offerts par les C.L.S.C. sauf à deux égards. Dans la mesure où les infirmières scolaires abordent à l'école des questions reliées à la sexualité, cette présence préventive des C.L.S.C. inquiète certains parents opposés à l'éducation sexuelle hors du foyer. La principale opposition à l'action des C.L.S.C. vise cependant les cliniques de planification familiale qui offrent ou facilitent l'avortement. Cela nous amène à la prochaine section.

C) 3. Services médicaux spécialisés

En principe, l'intervention en milieu hospitalier vient compléter les programmes d'éducation, de prévention et de consultation déjà mentionnés. Officiellement mis sur pied en 1978, le programme du Ministère vise essentiellement à assurer, à l'intérieur du milieu hospitalier et dans toutes les régions du Québec, la distribution des services consultatifs dits spécialisés en planning des naissances (stérilisation, avortement thérapeutique, infertilité).

"Ce programme est donc axé vers la mise sur pied de services de consultation individualisée de deuxième ligne en planning. L'intervention développée dans le cadre de ce programme doit donc trouver son aboutissement dans l'accessibilité des services plus spécialisés de consultation individualisée dans chacune des régions du Québec.

Le noyau de base de ces services comprend la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, l'infertilité et l'avortement thérapeutique.

Le programme vise non seulement la consultation médicale, mais aussi la consultation psychosociale relative à ces services.

Pour les services liés à l'avortement thérapeutique, l'existence d'un comité d'avortement thérapeutique est rendue obligatoire en vertu de la loi fédérale (Code criminel, article 251)".¹⁸⁷ Il est remarquable que le ministère des Affaires sociales ait attendu neuf ans après la promulgation de la loi fédérale de 1969 pour agir en la matière. Il faut voir pourquoi; les oppositions sont formidables, depuis l'Assemblée des évêques du Québec¹⁸⁸ jusqu'aux multiples groupes associés au Front commun pour le respect de la vie, les organismes comme Pro-Vie et Vivere, sans compter une forte proportion des médecins eux-mêmes. Il n'entre pas dans le cadre de cette section de relancer le débat sur l'avortement. On connaît d'ailleurs assez bien les valeurs morales auxquelles font appel ses adversaires, et qui ne manquent pas de trouver un terrain fertile dans les consciences catholiques québécoises. "La responsabilité de voir à l'application de ce programme est confiée aux centres hospitaliers.

¹⁸⁷ Ministère des Affaires sociales, Programmes en planning des naissances, op. cit. p. 9-10.

¹⁸⁸ Assemblée des évêques du Québec, "Déclaration de l'Assemblée des évêques du Québec sur l'avortement", La Presse, Montréal, octobre 1981, page A3, A6 et A7.

que le ministre des Affaires sociales examine la possibilité d'établir un centre de planification familiale dans au moins un hôpital francophone par région. 189

Environ une vingtaine d'entre eux ont été désignés pour procéder à la mise sur pied d'une clinique de planning à ce niveau.

Pour ce qui est de la responsabilité professionnelle du programme, elle est assumée conjointement par le centre hospitalier et le Centre des services sociaux. Par ailleurs, la prise en charge des activités quotidiennes en est confiée à une équipe interdisciplinaire composée de l'infirmier(e), du médecin et du (de la) praticien(ne) psychosocial(e). 190

Dans le cas des demandes d'avortement, il est bien entendu qu'elles doivent être examinées par le comité d'avortement thérapeutique de l'hôpital. Or, on sait que dans la majorité des hôpitaux québécois, ces comités n'avaient eu jusqu'ici, n'avaient actuellement et n'auraient dans un avenir prévisible d'existence que sur un organigramme. Leur non-fonctionnement s'explique principalement par l'opposition de la plupart des médecins en cela appuyés par une fraction importante du public. En fait, la mise sur pied (toute théorique) des cliniques de planning en milieu

189 Gouvernement du Québec, Conseil des Ministres, La planification des naissances et de l'avortement thérapeutique, Québec, Dic 77-959, Le 23 novembre 1977.

190 Ministère des Affaires sociales, Programmes en planning des naissances, op. cit. p. 10.

hospitalier anticipait sur l'évolution des mentalités de la population et des médecins. Elle s'est avérée un échec.

L'implantation progressive des services d'avortement en milieu hospitalier se heurte dans plusieurs régions, à des résistances telles que la politique du ministère des Affaires sociales qui veut simplement faire appliquer la loi fédérale existante sur l'avortement thérapeutique risque d'être à toutes fins utiles inopérante en plusieurs endroits. 191

En prenant la décision de confier cette responsabilité aux centres hospitaliers en 1978, responsabilité prévue à la loi fédérale, le ministère des Affaires sociales revenait sur ses paroles de 1972, réitérées en 1976, d'octroyer aux C.L.S.C. la responsabilité entière des services de planification des naissances :

"Les services cliniques en planification des naissances sont conçus de telle sorte que les aspects psycho-sociaux et médicaux recevront une attention égale... Les services doivent être rendus accessibles à toute la population. Ils doivent respecter la liberté de chacun. Le C.L.S.C. est l'établissement responsable de la distribution des services dans ce domaine à la population de son district. En conséquence, les sommes disponibles

191 Lysiane Gagnon, "Forte résistance des hôpitaux : Avortement : Les cliniques pratiquement inopérantes", La Presse, le 25 août 1979, tiré de Fédé Express, Vol. 12, no. 6, le 14 septembre 1979.

pour le développement des services seront octroyées aux C.L.S.C. (Ministère des Affaires sociales, directive 76-E-320)." 192

On se trouve en face d'une responsabilité dont le milieu hospitalier, conservateur ne veut pas mais qu'il se voit imposer par la loi : alors il résiste à son opérationnalisation.

Le ministre des Affaires sociales du Québec, M. Denis Lazure, a adressé cet ultimatum en fin de semaine aux centres hospitaliers de la province qui continuent de résister soit à l'implantation des comités d'avortements thérapeutiques, soit à la dispensation d'un tel service dans leurs établissements. 193

D'autre part, le milieu plus progressiste des C.L.S.C., qui désire s'en accaparer (et la Fédération des C.L.S.C. s'est montrée très active à ce sujet), requiert au moins leur disponibilité aux fins de référence de cas, prend par conséquent parfois l'initiative d'offrir directement ou indirectement le service, comme c'est le cas dans l'Outaouais et à Montréal.

La résistance tranquille s'est manifestée dans les centres hospitaliers de plusieurs façons. Mentionnons d'abord qu'en 1972, 180 hôpitaux sur 215 ont un statut confessionnel à dénomination catholique. Or l'Eglise catholique s'est objectée à la pratique d'avortements dans "ses hôpitaux".

192 Ministère des Affaires sociales, op. cit.

193 Noël Fortin, "Avortement thérapeutique, Lazure lance un ultimatum aux hôpitaux", Ottawa, Le Droit, lundi le 27 octobre 1980.

D'autre part, les groupes qui résistent activement à la pratique d'avortements ont fait élire de leurs membres sur les conseils d'administration de ces hôpitaux afin d'en assurer un certain contrôle, à défaut de quoi ils tentent d'influencer l'autorité suprême en rapport avec la pratique médicale, c'est-à-dire le conseil des médecins et dentistes. En effet, si le conseil décidait majoritairement de ne pas pratiquer d'avortement sur demande, il ne s'en pratiquerait pas.

Lorsque ces tactiques ne produisent pas l'effet voulu, on rend publics les noms des médecins siégeant sur les comités d'avortement thérapeutique, lesquels se font ensuite harceler par la presse et par la population jusqu'à ce qu'ils n'aient d'autre choix que de démissionner de ces comités. Les autres médecins sont très réticents à subir le même sort et refusent de siéger sur les comités d'avortement thérapeutique, de telle manière que les comités deviennent en fait inexistants.

Ce genre de tactiques a eu cours à travers la province et l'Outaouais n'a pas fait exception. C'est précisément ce qui s'est passé à l'hôpital Sacré-Coeur de Hull, aujourd'hui le Centre hospitalier régional de l'Outaouais.

Nouveau coup de théâtre hier soir,
dans le dossier de l'avortement au
Centre hospitalier Sacré-Coeur : les
cinq médecins du comité
d'avortement thérapeutique formé le

22 janvier dernier, ont démissionné
en bloc. ¹⁹⁴

Les femmes en situation de crise durent donc se rabattre sur des ressources de rechange (cliniques privées comme celle du docteur Morgentaler, hôpitaux anglophones ou juifs, cliniques privées aux États-Unis, hôpitaux ontariens...).

Le gaspillage d'argent est énorme car le ministère des Affaires sociales a investi entre 30 000\$ et 130 000\$ par clinique en centre hospitalier pour un montant global de 1 444 952\$ en 1982 partagé entre 24 établissements et ce pour un service qui ne s'est pas offert ailleurs qu'à Montréal. De 1976 à 1979 inclusivement, 95,1% des avortements ont été pratiqués à Montréal et 84,6% de ceux-ci (soit 72% du total) en milieu anglophone. Le Montreal General Hospital vient en tête avec 16 757 avortements suivi du Royal Victoria avec 13 460 puis du Jewish Hospital avec 3 316. L'Hopital Notre-Dame vient au cinquième rang avec 1 532 avortements. ¹⁹⁵ Certaines régions n'offrent effectivement aucun service d'avortement : l'Outaouais et les Laurentides.

Les services offerts par les trois hôpitaux les plus "ouverts" mentionnés ci-haut ne suffisent pas pour répondre à la demande à travers la province. Devant cette réalité, les C.L.S.C. de la région de Montréal et de

¹⁹⁴ Jacques Lefebvre, "Comité d'avortement de Sacré-Coeur. Les cinq membres ont démissionné", Hull, Le Droit, le 13 février 1980, p. 1.

¹⁹⁵ Anne Richer, "L'avortement qui mais...", La Presse, Montréal, mardi le 9 mars 1982.

l'Outaouais ont pris l'initiative d'offrir le service de façon directe ou indirecte.

L'action des C.L.S.C. de l'Outaouais a été calquée sur celle des C.L.S.C. de Montréal où certains ont décidé d'offrir le service direct et de pratiquer eux-mêmes les avortements. C'est ainsi qu'ils ont été dénoncés par l'opposition libérale en mars 1982 à l'Assemblée nationale. Le ministre affirma ne pas savoir que les C.L.S.C. pratiquaient des avortements illégaux mais supposa que ses fonctionnaires le savaient et qu'il serait en mesure de répondre à cette question dans quelques jours. Dans La Presse du 11 mars 1982, le ministre des Affaires sociales et le ministre de la Justice attribuèrent à une "zone grise" du Code criminel et à une interprétation des tribunaux qui permet une intervention individualisée du médecin dans cette pratique (référence au cas du docteur Morgentaler) le fait que les C.L.S.C. pratiquaient des avortements. Invoquant l'absence de consensus social au niveau de ce phénomène au Québec, le ministre croyait que le rôle de l'Etat était de s'assurer que là où ces avortements se pratiquent, ils surviennent dans des conditions maximales d'accessibilité et de professionnalisme. Les C.L.S.C. s'inscrivent donc dans cette ligne de pensée.

Ce service vient donc s'ajouter au service déjà offert par certains hôpitaux et assure ainsi aux femmes une accessibilité plus adéquate et plus discrète à l'avortement. Il en sera probablement ainsi tant qu'il n'y aura pas un nouveau consensus social et tant que le Ministère fera preuve d'une bienveillante tolérance pour les avant-gardistes en planification des naissances.

La prochaine section portera sur la situation de l'Outaouais et traitera de la manière dont les C.L.S.C. de cette région ont influencé l'Etat dans le sens de la tolérance vis-à-vis la mise sur pied de services complets en matière de planning des naissances.

D) La planification des naissances dans l'Outaouais

Afin d'illustrer le type de services offerts en planning des naissances, nous avons choisi d'étudier le programme de deux C.L.S.C. de l'Outaouais, soit le C.L.S.C. de Hull et le C.L.S.C. des Draveurs. Malheureusement nous n'avons pu obtenir la documentation du C.L.S.C. de Hull pour des raisons d'ordre administratif.¹⁹⁶ Nous tenons cependant à souligner la facilité avec laquelle nous avons obtenu la documentation du C.L.S.C. des Draveurs. Cette dernière étant amplement abondante, nous permettra de jeter un regard critique sur le type de services offerts dans le cadre d'un programme de planification des naissances. Par ailleurs, le C.L.S.C. des Draveurs s'est basé, afin d'implanter son programme en 1978, sur le programme cadre élaboré par le Laboratoire de recherche de l'Ecole de service social de l'Université Laval. Plusieurs C.L.S.C. de la région de l'Outaouais et de la province ont fait de même.

¹⁹⁶ Nous avons adressé une demande écrite au directeur général spécifiant les objectifs et le cadre méthodologique de la recherche, demande à laquelle nous n'avons pas reçu de réponse satisfaisante.

Avant de passer à l'analyse du programme du C.L.S.C. des Draveurs, il faut souligner que l'analyse d'un programme nécessite l'utilisation d'un cadre méthodologique souple, laissant assez de flexibilité pour formuler des commentaires hors de son cadre.

Nous partageons le sentiment de Jean Beaudry au sujet de l'évaluation de programme :

Comme tout nouveau champ d'activités qui connaît une expansion rapide, l'évaluation de programme se retrouve aujourd'hui dans un état relativement chaotique, diffus voire même précaire. La prolifération de modèles et d'approches à laquelle on assiste jusqu'à maintenant donne lieu à des conceptions très diversifiées du rôle et de la nature même de l'évaluation. Cette infusion est en partie imputable au fait que l'évaluation réunit des chercheurs de formation diversifiée.¹⁹⁷

Chaque fois qu'un établissement de santé et de services sociaux a dû procéder à l'évaluation d'un ou de plusieurs programmes par ses propres moyens, il s'est vu forcé de choisir parmi plusieurs modèles ayant plus ou moins de mérite. Nous avons eu connaissance que la confusion s'est parfois installée on a alors passé plus de temps à évaluer les différents modèles qu'à évaluer le ou les programmes. Plusieurs établissements ont par ailleurs

¹⁹⁷ Jean Beaudry, "L'évaluation de programme", tiré de Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données, sous la direction de Benoît Gauthier, Presses de l'Université du Québec, Québec, 1984, p. 391-392.

opté pour une ressource de l'extérieur en vue de proposer un modèle qui soit compatible avec l'objectif visé par l'évaluation.

Nous ne ferons pas ici une évaluation stricte du programme de planification des naissances au C.L.S.C. des Draveurs. L'évaluation constitue l'une des étapes du processus de planification et de gestion de programme et nous n'avons pas à "gérer" le programme qui nous intéresse.

L'évaluation de programme fait partie d'une "démarche intégrée de gestion" et "devrait se composer de quatre volets",

- a) l'évaluation des besoins de la population
- b) l'élaboration du programme.
- c) l'évaluation de son implantation
- d) l'évaluation de ses effets. ¹⁹⁸

Comme nous le verrons dans l'analyse du programme du C.L.S.C. des Draveurs, certains de ces éléments n'ont fait l'objet d'aucune recherche au C.L.S.C. même et son implantation a suivi une démarche plutôt intuitive.

¹⁹⁸ Ibid. p. 400.

D) 1. Le programme du C.L.S.C. des Draveurs

D 1. a) Les normes du ministère des Affaires sociales

Un C.L.S.C. ne peut pas faire une demande de programme seulement parce qu'il croit en avoir besoin. Sa demande doit être basée sur un "cadre de référence" qui lui est suggéré par le MAS pour "l'élaboration et la présentation de projets". Le Ministère avait justement élaboré ce type de cadre pour le "développement de service de référence". Dans cette optique, le C.L.S.C. devrait respecter les principales orientations suivantes :

- 1^o) offrir des services cliniques
- 2^o) offrir des services professionnels
- 3^o) ... et d'orientation
multidisciplinaire
- 4^o) ... mais qui ne tombent pas dans
les spécialisations excessives
- 5^o) dans une approche polyvalente
- 6^o) des services adaptés aux besoins
- 7^o) une ressource bien connue de la
population
- 8^o) une évaluation et une
administration vigoureuses ¹⁹⁹

De plus, le MAS avait établi une "liste des populations cibles" avec un pourcentage moyen afin d'évaluer les projets. Ces populations sont les suivantes :

¹⁹⁹ Ministère des Affaires sociales, Développement de services de consultation. Cadre de référence pour l'élaboration et la présentation des projets. Québec, août 1976, p. 1-5.

- a) % de familles monoparentales
- b) % de familles avec 5 enfants et plus
- c) % des femmes entre 15 - 34 ans
- d) % des femmes entre 35 - 45 ans
- e) % des femmes entre 15 - 45 ans
- f) % de la population ayant moins de neuf ans de scolarité
- g) % de la population inactive
- h) taux de familles à faible revenu
- i) taux de natalité (1976)
- j) ratio-femmes 15 - 45 ans
médecin en pratique privée.

200

Apparemment, si le C.L.S.C. des Draveurs a obtenu son programme, c'est que celui-ci répondait aux normes établies par le MAS dans son cadre de référence.

D 1. b) La demande du C.L.S.C. des Draveurs

La demande de projet du C.L.S.C. des Draveurs est assez éloquent. Cependant, il faut préciser qu'il y a deux types de besoins : les besoins perçus et les besoins nettement identifiés. A partir de données statistiques, le document fait référence à une évaluation des besoins perçus par les intervenants. A notre connaissance, les intervenants n'ont pas interviewé la population de leur territoire par sondage ou par une autre méthode pour connaître leurs besoins dans ce domaine, ce qui constitue une première

²⁰⁰ (sic) Louise Milhomme, Lettre à Lise Sauvé, C.L.S.C. Pontiac, Québec, le 2 août 1979.

lacune à notre avis. L'obtention d'une évaluation des deux types de besoins aurait constitué un atout.

Les données statistiques utilisées par l'équipe étaient récentes et significatives dans la plupart des cas pour expliquer la problématique vécue sur le territoire du C.L.S.C. des Draveurs.

Le C.L.S.C. des Draveurs couvre un territoire urbain (Pointe-Gatineau et Touraine) et rural (Cantley, Wilson's Corner et St-Pierre de Wakefield) dont la population totale s'élevait en 1978 à 44 748 personnes environ. L'accroissement de population est important puisque le recensement de 1976 indique une population totale de 38 220.²⁰¹

De plus, l'équipe s'est assurée d'inclure dans sa présentation tous les éléments qui lui étaient disponibles pour expliquer la problématique. Ceux-ci comprenaient les caractéristiques générales du territoire, un profil de la population, des données relatives à la contraception, l'avortement et les maladies transmises sexuellement, la problématique reliée aux situations sociales familiales, individuelles ou de couples, la problématique reliée à la distribution des services et un schéma de problématique pour

²⁰¹ Jocelyne Gadbois-St-Cyr, Hughes Chassé et France Asselin, Programme en planification des naissances du C.L.S.C. des Draveurs, Gatineau, le 3 janvier 1980, p. 2.

trois populations cibles (jeunes de 13 - 19 ans, les couples de 20 - 34 ans et les groupes de 35 - 54 ans). ²⁰²

Il est à signaler qu'aucune problématique n'a été identifiée pour la catégorie d'âge de 55 ans et plus. Certes, ces gens ne sont pas dans la plupart des cas en âge de procréer et n'utilisent plus les méthodes de contraception. Il n'en reste pas moins que l'activité sexuelle demeure importante à cet âge et qu'ils ne sont pas exempts des maladies transmises sexuellement. Nous croyons qu'un volet du programme aurait pu leur être consacré même si leurs besoins sont moins évidents.

D 1. c) L'élaboration du programme

On identifie sept étapes pour l'élaboration d'un programme :

- 1^o) formulation des buts du programme
- 2^o) spécification d'objectifs précis
- 3^o) esquisse de leur séquence d'atteinte.
- 4^o) identification des opérations qui conduiront à la réalisation des objectifs retenus
- 5^o) définition des fonctions et des responsabilités de chaque membre de l'équipe d'intervention
- 6^o) élaboration de la séquence d'implantation du programme

²⁰² Ibid. p. 2-9.

- 7^o) estimation des ressources
humaines, matérielles, financières
requisies pour l'exécution du
projet. 203

L'équipe de planning du C.L.S.C. des Draveurs, sans suivre à la lettre ces étapes, a quand même élaboré son programme en tenant compte de plusieurs d'entre elles.

Les objectifs généraux d'un service typique de planning sont les suivants :

- 1^o) Permettre aux individus et aux couples d'être informés et éduqués en matière de sexualité et de planification des naissances.
- 2^o) Permettre aux individus et aux couples de se rendre responsables de leur sexualité et par le fait même de choisir le moment s'il y a lieu, d'avoir un enfant
- 3^o) Permettre aux individus et aux couples d'intégrer de façon saine, leur sexualité à leur vécu en vue d'un équilibre personnel harmonieux. 204

L'équipe de planning du C.L.S.C. des Draveurs mentionne que ces objectifs ont été suggérés par le groupe de recherche de l'Université Laval sur la planification des naissances et qu'on peut les retrouver dans au

203 Jean Beaudry, op. cit. p. 403.

204 Jocelyne Gadbois-St-Cyr, Hughes Chassé et France Asselin, op. cit. p. 12.

moins cinq autres C.L.S.C. offrant des services de planning analogues. De plus, l'équipe a élaboré pas moins de douze objectifs spécifiques pour leur programme. Les services offerts peuvent être regroupés en trois catégories :

1^o) La préparation à la planification des naissances

Information générale sur la sexualité, la contraception, les maladies transmises sexuellement, les diverses méthodes de contraception, l'éducation et l'intégration d'une sexualité responsable.

2^o) La planification des naissances

Le service clinique : choix spécifique d'une méthode de contraception, examen gynécologique, prescription (selon la méthode adoptée), la pose d'un stérilet, intégration de la pratique sexuelle dans la vie des individus, relations dans le couple, consultation médicale et sociale individuelle.

3^o) L'échec à la planification des naissances

Analyse de la situation de la personne, décision par rapport à l'interruption de la grossesse, l'interruption comme telle (référence pour avortement), récupération de l'évènement (service clinique sans avortement), préparation à la planification et choix d'une méthode subséquente.

Les moyens utilisés par les intervenants sont les suivants:

1^o) consultation individuelle

2^o) animation de groupe

3^o) préparation et diffusion d'information

4^a) service clinique. 205

Dans son programme, l'équipe a également élaboré seize objectifs opérationnels, sans toutefois en indiquer l'échéance d'atteinte. Les populations cibles visées par l'équipe font également partie de ces objectifs.

La population cible est constituée de la population en général, mais plus spécifiquement des hommes et des femmes en âge de se reproduire. Ils peuvent être regroupés en cinq catégories :

1^a) les adolescents de 12 à 19 ans du milieu scolaire (facilement accessibles)

2^a) les jeunes de 15 à 25 ans hors circuit (travailleurs, chômeurs, assistés sociaux et autres non rejoints dans le milieu scolaire ni en service de périnatalité) (difficilement accessibles)

3^a) les adultes de 20 à 35 ans, couples et parents rejoints par le programme de périnatalité (facilement accessibles)

4^a) les adultes de 20 à 35 ans, couples et parents hors du programme de périnatalité (difficilement accessibles)

²⁰⁵ C.L.S.C. de Hull, L'établissement d'une clinique de planification des naissances au C.L.S.C. de Hull, Hull, octobre 1978, p. 5-6.

59) les adultes de 35 ans et plus vivant des problèmes de sexualité et de contraception, de ménopause, etc. (difficilement accessibles). 206

Les ressources nécessaires à l'implantation ont également été analysées. Les ressources humaines et financières sont mentionnées. Les ressources matérielles n'apparaissent pas par contre dans l'élaboration du programme. Nous pouvons témoigner tout de même du fait qu'elles ont été analysées et planifiées sinon par l'équipe du moins par l'administration du C.L.S.C.

L'équipe a aussi déterminé le rôle et les responsabilités de chaque membre du programme. Nous retrouvons cette description dans le programme. 207

Il est surprenant de constater que ni dans les objectifs généraux, ni dans les populations cibles citées, il ne soit fait mention spécifiquement des femmes. De plus, il semble qu'on n'ait pas pensé à définir des objectifs qui s'adressaient spécifiquement aux femmes dans la programmation des cliniques de planification des naissances.

Pourtant, les administrateurs et les intervenants nous ont confirmé que la grande majorité de la clientèle faisant appel aux services de planning est constituée de femmes. Lorsque nous leur avons demandé pourquoi les femmes n'étaient pas identifiées comme une priorité dans la terminologie de la programmation, ils ont répondu que :

206 Jocelyne Gadbois-St-Cyr, Hughes Chassé, France Asselin, op. cit. p. 17.

207 Ibid. p. 19-21.

"la femme ne doit plus porter seule la grossesse, la sexualité; il faut la dégager de cette notion que la responsabilité unique appartient à la femme. Notre approche vise à ce que les femmes se prennent en main; c'est pourquoi on s'intéresse au conjoint, à la responsabilité de l'homme." 208

Or, cet objectif apparamment caché, de promouvoir une prise de responsabilité de la part des hommes, en matière de planification des naissances, n'est pas non plus mentionné dans la programmation des différentes cliniques de planning.

Bien sûr, même si elle n'est pas définie ~~spécifiquement~~ comme une priorité à l'intérieur des programmes de planification des naissances, ni par le ministère des Affaires sociales, ni par les C.L.S.C., il va de soi que les femmes sont tout de même les principales intéressées dans la majorité des services offerts, ne serait-ce qu'à cause de leur physiologie propre. Par contre, les intervenants s'intéressent aussi à la clientèle masculine et à leur problématique particulière.

Il est de plus assez surprenant dans le cadre d'un programme par ailleurs bien élaboré de ne pas retrouver un plan d'opération pour son implantation. Cette étape est trop importante pour avoir été oubliée. Si

208 Jocelyne Gadbois-St-Cyr, Hughes Chassé, France Asselin, Entrevue avec l'équipe en planning, avril 1981.

elle n'as pas été incluse dans le programme, c'est que les objectifs opérationnels ont été définis sans être transposés dans le temps. C'est une faiblesse que nous avons relevée dans l'élaboration du programme. Nous pouvons cependant conclure que l'élaboration du programme de planning des naissances du C.L.S.C. des Draveurs s'est faite très sérieusement et professionnellement.

D 1. d) L'évaluation de l'implantation

Dans cette section, nous allons traiter de la rétro-action que l'équipe devrait aller chercher peu de temps après l'implantation du programme. Dans beaucoup de cas cette étape, pourtant importante, est mise de côté.

L'analyse d'implantation constitue une étape cruciale de la séquence de développement d'un programme. Elle peut en effet contribuer aussi bien à la restructuration des résultats de l'intervention. Malgré son utilité, on constate que cette évaluation d'implantation est très rarement effectuée. Ceci s'explique entre autres par le fait que les planificateurs de services tiennent généralement pour acquis que leur plan d'intervention sera en tout point respecté au moment de son implantation. Pourtant, la majorité des programmes dévie plus ou moins considérablement au devis initial même à ce stade. 209

209 Jean Beaudry, op. cit. p. 405.

Cette évaluation se fait en deux volets :

- 1^o) identification de la population qui fait usage du service
- 2^o) évaluation de la distribution des services
 - l'accessibilité des services
 - la durée des actions
 - la réalisation des opérations
 - le contenu abordé et le matériel utilisé
 - les dépenses encourues. ²¹⁰

L'équipe du C.L.S.C. des Draveurs a procédé à deux évaluations d'implantation. La première a été réalisée par l'équipe en mars 1981 et portait sur les activités de 1980-1981. Cette évaluation s'est faite sous la forme d'une réunion d'une journée pendant laquelle l'équipe a revu les objectifs du programme, les populations cibles rejointes, l'accessibilité aux services, etc. Le cadre d'analyse n'était pas rigoureux mais les résultats de cette évaluation donnent quand même un aperçu de l'évolution du programme.

L'équipe visait prioritairement deux populations cibles, c'est-à-dire les jeunes (15 - 20 ans) et les jeunes adultes (21 - 25 ans). En janvier 1981, l'équipe avait ouvert 126 dossiers dont plus de la moitié provenaient de ces deux populations cibles : 15 - 20 ans - 43 dossiers, 21 - 25 ans - 25 dossiers. De plus, bien que les femmes n'aient pas été spécifiquement identifiées comme clientèle, elles constituaient 105 dossiers sur 126. ²¹¹

²¹⁰ Ibid. p. 405.

²¹¹ France Asselin, Hughes Chassé et Jocelyne Gadbois-St-Cyr, Evaluation des activités pour l'année 1980-1981, Gatineau, le 25 mars 1981, p. 7.

Cette première analyse amène l'équipe à maintenir les populations cibles qu'elle avait choisie.

Toute une section de cette évaluation est réservée à l'accessibilité des services. L'équipe a fait une analyse des jours et des heures d'ouverture de la clinique. Ces heures avaient été décidées en fonction de données administratives. La clinique était ouverte trois jours semaine, c'est-à-dire, lundi, mercredi et jeudi de 13h à 20h. Les usagés rencontrés se déplaçaient surtout le jour et l'équipe croyait qu'une seule soirée par semaine d'accessibilité serait suffisante. ²¹²

Les objectifs spécifiques et opérationnels ont également été abordés. L'équipe par contre, a placé beaucoup d'importance sur l'évaluation des objectifs de promotion. Le fait d'être connue par les populations cibles visées semble être la clef du succès pour l'équipe. Si les services de la clinique sont connus, la réalisation des autres objectifs suivra. L'équipe analyse également le contenu des rencontres, le matériel utilisé et la durée de ses actions. Cette analyse s'est pourtant limitée aux objectifs de promotion. A notre avis les intervenants auraient dû faire cette analyse détaillée pour l'ensemble de leurs objectifs. Quant aux dépenses encourues, il n'en n'est fait aucune mention dans cette évaluation. Une bonne analyse des dépenses aurait pu indiquer la proportion de temps et d'argent dépensés sur les objectifs de promotion comparativement aux autres objectifs opérationnels.

²¹² Ibid. p. 9-15.

Il est plus difficile de situer la deuxième évaluation qui, sans être une évaluation d'implantation, tente de faire un bilan pour la période 1979-1982. On y a repris les objectifs spécifiques et on porte un jugement sur l'atteinte de chacun d'eux. Ce bilan est faible car l'analyse ne repose sur aucune donnée statistique et sur aucune méthodologie précise.

D 1. e) L'évaluation des effets

On a suggéré deux approches pour qu'une évaluation des effets soit efficace et significative :

- 1^a) l'approche moléculaire
 - les opérations du programme
 - l'analyse coût - efficacité
 - la séquence des opérations
 - les critères d'atteinte
 - la durée et le moment de l'intervention
- 2^a) l'approche molaire (vue d'ensemble de l'efficacité d'un programme)
 - les effets à court terme qui sont des objectifs intermédiaires
 - les effets à moyen terme qui sont des objectifs devant être atteints au terme du programme
 - les effets à long terme qui se traduisent généralement par le maintien de changements réalisés. 213

Une bonne évaluation a été exécutée en 1982 par Charles Thérour, professeur à l'école de psychologie de l'Université d'Ottawa et par un groupe d'étudiants de maîtrise sous sa supervision. L'approche retenue par ce groupe comporte des similitudes de même que des différences par rapport à d'autres. Le modèle retenu par le groupe est celui de Rossi, Freeman et Wright.²¹⁴ Le groupe a seulement analysé le processus et l'efficacité du programme. L'analyse de l'implantation a été laissée de côté étant donné que le programme était déjà en marche depuis un certain temps; de même, l'évaluation de l'efficience fut omise à la demande des intervenants du programme.

La section portant sur l'évaluation qualitative se rapproche de l'évaluation molaire. Le groupe de Charles Thérour a tenté par l'intermédiaire d'un questionnaire d'évaluer les effets des objectifs généraux et des objectifs spécifiques du programme afin d'en faire une analyse critique et de formuler des recommandations. L'analyse des questionnaires révèle que les répondants ont transmis plutôt leur satisfaction face aux services reçus au lieu de porter un jugement sur le programme comme tel. Le questionnaire de toute façon n'était pas constitué pour amener une usagère à donner ce genre de réponse. Le succès de l'évaluation menée par le groupe de Charles Thérour est mitigé. Malgré un bon cadre méthodologique, le groupe a rencontré une certaine

²¹⁴ P.H. Rossi, H.E. Freeman, S.R. Wright, Evaluation: A systematic approach, Californie, Sage Publications, 1979, 336 pages.

résistance de la part de l'équipe de planning sous la forme d'une faible participation au déroulement de la recherche. 215

En dernière analyse, nous sommes d'avis que l'évaluation des effets n'a pas eu lieu. Faire ce genre d'évaluation demande beaucoup de temps et d'énergie et un établissement qui veut l'entreprendre, que ce soit en adoptant l'approche moléculaire ou molaire, doit en évaluer les chances de réussite avant de s'y engager. L'évaluation des effets de programmes est une remise en question importante que tout établissement devrait assumer mais que peu assument en fait.

Dans le cas du C.L.S.C. des Draveurs, l'évaluation du programme de planification des naissances s'est faite au niveau des trois premières étapes. La quatrième reste à faire. Nous voulons quand même souligner que le C.L.S.C. des Draveurs, en évaluant son programme a réalisé ce que d'autres C.L.S.C. et établissements du réseaux des affaires sociales, n'auraient pas osé entreprendre, c'est-à-dire une remise en question. En 1980-1981, les C.L.S.C. de la province avaient à peine huit ans d'existence et plusieurs d'entre eux étaient encore en phase d'implantation. De plus, tel que nous l'avons mentionné auparavant, le réseau des C.L.S.C. était vulnérable à cause de sa constante remise en question par l'Etat. Par ailleurs, les C.L.S.C. étaient submergés par quantité de nouveaux programmes et services devant être mis en place avec un minimum de ressources humaines et financières.

215 Charles Thérout, Raymond Beaudoin, Julien Bédard, Linda MacKenzie, Line St-George, Rapport d'évaluation du programme de planification des naissances du C.L.S.C. des Draveurs, Gatineau, 1982, p. 29.

Dans ces circonstances, l'évaluation de programme n'occupait pas une place prioritaire. On tentait d'éviter un processus intestin dont l'effet aurait été de remettre en question les programmes, les services, l'approche et les méthodes d'intervention privilégiés par les C.L.S.C.

Le C.L.S.C. des Draveurs, en procédant à l'évaluation de son programme de planification des naissances, prenait donc un certain risque. Dans le cas d'un résultat positif, chacun serait satisfait; mais dans le cas contraire, l'administration, la direction et le personnel du C.L.S.C. pourraient avoir de la difficulté à s'entendre dans l'avenir sur un processus d'évaluation de d'autres programmes.

Il nous semble souhaitable que les établissements procèdent à l'évaluation de leurs programmes de manière à en identifier les forces et les lacunes et à y apporter les corrections qui s'imposent. En 1977, cinq ans après la création du réseau des C.L.S.C., la Fédération a fait un premier bilan. Alors que l'Etat remettait en question l'existence même des C.L.S.C., la Fédération a pu identifier clairement les lacunes du réseau et proposer au gouvernement des corrections possibles. La Fédération a donc agi en tant que groupe de pression auprès des fonctionnaires et des politiciens pour les influencer dans le sens d'une plus grande reconnaissance de l'importance des C.L.S.C.

En 1985-1986, la Fédération a entrepris une évaluation exhaustive du programme de maintien à domicile dans les C.L.S.C. dans le but de démontrer sans équivoque que les C.L.S.C. offraient un service de qualité à

sensiblement moins de frais que ne le faisaient les autres établissements du réseau des Affaires sociales. Cette étude a eu comme résultat l'injection de sommes supplémentaires dans ce programme.

Les C.L.S.C. reconnaissent de plus en plus la validité du processus d'évaluation de programme tant au niveau local et régional que provincial grâce à l'influence exercée sur les décisions du gouvernement. Nous croyons que c'est en faisant de bonnes évaluations et analyses de leurs programmes que les C.L.S.C. ont réussi à influencer les politiques sociales et gouvernementales au Québec.

D) 2. La question de l'avortement dans l'Outaouais

A la lecture de l'analyse qui précède, le lecteur peut s'interroger sur l'influence qu'un C.L.S.C. a bien pu exercer dans la détermination d'une politique sociale telle que la planification des naissances. Le programme opérationnalisé par le C.L.S.C. des Draveurs sur son territoire est le reflet des orientations énoncées en 1972 et 1976 par le MAS et transmises sous forme de politique en décembre 1980 à la session de formation du Mont-Gabriel. Sauf pour la couleur locale, nous avons l'impression que le C.L.S.C. des Draveurs a bien exécuté la volonté politique du MAS, mais il existe un volet de la politique qui, selon les directives du MAS, ne doit pas être sous la responsabilité des C.L.S.C.; c'est le programme de développement de services plus spécialisés en milieu hospitalier (stérilisation, infertilité et avortement thérapeutique).

Mais voilà qu'un aspect important de ce programme intéresse les C.L.S.C., il s'agit de la question des services consultatifs sur l'avortement. Depuis le début de l'implantation du programme en planning des naissances, les C.L.S.C. revendiquent le droit de pratiquer des avortements thérapeutiques à huit semaines de grossesse et jusqu'à douze semaines dans certains cas. C'est dans ce domaine que les C.L.S.C. exerceront leur influence, et ceux de l'Outaouais comme ceux de Montréal livreront bataille au Centre hospitalier régional de leurs régions respectives pour s'accaparer directement ou indirectement ce secteur d'activités.

Tout le débat entourant l'avortement est très émotif et manque beaucoup d'objectivité. Ce débat fait rage aux Etats-Unis et en Europe depuis un peu plus de dix ans. Le Canada et surtout le Québec n'y échappent pas.

Le tout a commencé au Québec avec l'arrestation en janvier 1973, du docteur Morgentaler pour infraction au code criminel. L'affaire Morgentaler durera jusqu'en septembre 1976, alors que le dernier appel en jugement donnera un acquittement sur la défense de nécessité. En 1976, le gouvernement fédéral a mandaté un comité d'étudier l'application des dispositions législatives sur l'avortement. En 1977, le comité Badgley (son président) en est arrivé à la conclusion que "les femmes canadiennes n'ont pas un droit égal" et qu'il existait "un problème d'accessibilité".²¹⁶

²¹⁶ La Fédération des C.L.S.C. du Québec, Les intervenantes(is) des C.L.S.C. face à l'avortement, Montréal, novembre 1983, p. 16.

Suite à l'acquiescement du docteur Morgentaler, le P.Q. s'est prononcé en faveur de l'avortement comme mesure d'exception et l'a intégré à son programme de 1977. En 1977, le Conseil des Ministres, dans sa décision no. 97-469, créait les Centres de planification familiale dans les centres hospitaliers afin d'y donner des services d'avortement thérapeutique. C'est ainsi que prirent naissance les "cliniques Lazure".

Dans l'Outaouais, trois centres hospitaliers ont accepté de mettre sur pied des comités d'avortement thérapeutique. Deux se trouvent dans le nord de l'Outaouais et un dans le sud de l'Outaouais. Nous nous intéresserons à celui du sud étant donné qu'il couvre la région urbaine de Gatineau-Hull-Aylmer.

D 2. a) Le débat initial

Le Centre hospitalier Sacré-Coeur accepta, en 1978, de créer un comité d'avortement thérapeutique.

proposé par : Dr. Gilles Morais
appuyé par : Denis Latreille

Que le Conseil d'administration
autorise la création d'un comité
d'avortement thérapeutique pour la
pratique d'avortements à incidences
médicales seulement, tel que

recommandé par le Conseil des
médecins et dentistes; 217

Le débat avait commencé bien avant cette prise de décision. A l'automne 1975, la table-ronde des organismes familiaux de l'Outaouais a déposé une étude qui démontrait les besoins en matière d'avortement thérapeutique dans l'Outaouais. La table ronde adressa donc une demande au Centre hospitalier Sacré-Coeur pour l'établissement d'un comité d'avortement thérapeutique à incidence médicale et psycho-sociale. En janvier 1976, la table-ronde est appuyée dans sa démarche par neuf organismes dont l'Association pour la planification des naissances de l'Outaouais-sud. En avril 1977, le conseil d'administration du Centre hospitalier Sacré-Coeur refuse la connotation psycho-sociale à l'avortement et son directeur général déclare en juin 1977 qu'il n'y aura pas d'avortement sur demande. Le premier C.L.S.C. à s'impliquer est celui de Hull en janvier 1978. Il est résolu à l'unanimité :

Que le Conseil d'administration du
C.L.S.C. de Hull demande au Conseil
d'administration du Centre
hospitalier Sacré-Coeur de voir à la
mise sur pied le plus tôt possible
d'un centre de planification familiale
qui comprendrait des services
d'avortement thérapeutique à

217 Centre hospitalier Sacré-Coeur, extrait d'un procès-verbal, Comité d'avortement thérapeutique, Hull, le 9 mai 1978.

incidence médicale et psycho-
sociale.²¹⁸

Le geste du C.L.S.C. de Hull sera le coup d'envoi de gestes semblables de la part des autres établissements du réseau des Affaires sociales dans l'Outaouais. Le 14 février 1978, le Conseil des services sociaux de l'Outaouais imite le geste du C.L.S.C. de Hull. En mars et avril 1978, le Conseil des médecins et dentistes du Centre hospitalier Sacré-Coeur "se dit prêt à participer à un projet de clinique de planification des naissances" et divulgue sa position,

- * - que les avortements soient pratiqués par les membres qui détiennent des privilèges majeurs en gynécologie obstétrique et en anesthésie et de plus, qui exercent exclusivement au Centre hospitalier Sacré-Coeur
- la responsabilité des services d'avortement est une responsabilité personnelle des médecins qui acceptent de faire l'intervention
- l'autorisation du comité ne garantit pas l'accomplissement de l'intervention si celui qui doit la faire n'a pas présenté lui-même le cas au comité, si la requête de la

²¹⁸ C.L.S.C. de Hull, extrait d'un procès-verbal, tiré d'une lettre de Pierre Ménard aux directeurs généraux du C.S.S.O. (Conseil des services sociaux de l'Outaouais), du C.S.S.S.O. (Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais), et des C.L.S.C., Hull le 7 mars 1978.

salle d'opération n'a pas été
contresignée par un anesthésiste
consentant. 219

La position qui a le plus influencé le déroulement des événements a
été celle du C.L.S.C. des Draveurs émise dans un communiqué, le 3 mai 1978,

En conséquence, le Conseil
d'administration du C.L.S.C. des
Draveurs demande à l'hôpital
régional de fournir une ressource
spécialisée rendant disponible
l'avortement thérapeutique à
incidence médicale ou psycho-sociale,
de même que tout autre service
spécialisé relevant d'une clinique de
planification des naissances complète
et efficace.

Dans cette optique, si le Centre
hospitalier refuse de prendre ses
responsabilités, le C.L.S.C. demande
l'appui du C.S.S.S.O. et des dix C.L.S.C.
de la région pour exiger du MAS
d'affecter les fonds prévus à cette
fin, pour l'hôpital du Sacré-Cœur à la
création de cette ressource régionale
manquante, à l'extérieur du Centre
hospitalier.

Enfin, advenant que l'hôpital accepte
de jouer son rôle, le C.L.S.C. considère
qu'il est normal que les C.L.S.C.

219 Maurice Corriveau, Planification familiale et avortement dans
l'Outaouais, résumé Chronologique du dossier, C.L.S.C. des Draveurs,
Gatineau, 1981, p. 3.

participent à la mise sur pied de
cette ressource spécialisée. 220

En mai 1978, le Centre hospitalier Sacré-Cœur crée sa clinique et met sur pied son comité d'avortement thérapeutique limité aux avortements à incidences médicales avec les conditions émises par le Conseil des médecins et dentistes. Ce comité sera inopérant pendant presque deux ans.

Le C.L.S.C. des Draveurs se verra appuyé par la très grande majorité des C.L.S.C. de l'Outaouais et des groupes de femmes.

Le 15 juin 1978, une résolution dénonçant le Centre hospitalier Sacré-Cœur et allant dans le sens de la position du C.L.S.C. des Draveurs, est soumise au Conseil d'administration du Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (C.S.S.S.O.). Cette résolution est rejetée par une faible majorité. Le 26 juin, le C.L.S.C. des Draveurs continue à exercer ses pressions et demande au C.S.S.S.O. de reconsidérer sa position. Tous les C.L.S.C. de l'Outaouais appuient le C.L.S.C. des Draveurs dans sa démarche. Le 31 août 1978, le C.S.S.S.O. est prêt à reconsidérer sa position, l'influence des C.L.S.C. sur le représentant du Ministère dans la région et sur une politique provinciale commence à se faire sentir.

Attendu : Le refus du C.H. Sacré-Cœur de mettre sur pied une clinique d'avortement thérapeutique complète.

220 C.L.S.C. des Draveurs, "La planification des naissances", position du Conseil d'administration, Gatineau, le 30 avril 1978.

Attendu : Les réponses négatives et incomplètes reçues de la plupart des autres hôpitaux notamment la réponse négative du C.H. Buckingham qui était le choix alternatif du MAS.

Attendu : La rencontre prévue avec le C.H. Sacré-Coeur en date du 19 septembre 1978 en vue d'ouvrir le dossier.

Attendu : La réaction des C.L.S.C. se prononçant en faveur de l'établissement d'une clinique complète d'avortement.

Proposé par : Mme Hélène Léger
Appuyé par : Mlle Pauline Gaudet

Que la permanence soit mandatée, de s'adresser aux C.L.S.C. afin de savoir s'ils seraient intéressés à mettre sur pied une clinique familiale complète incluant l'avortement thérapeutique à incidences médicales et psychosociales. ²²¹

En septembre 1978, le MAS fait savoir par ses fonctionnaires qu'il ne versera pas de subvention si le C.H. Sacré-Coeur n'offre pas un service complet. Le C.H. Sacré-Coeur refuse de modifier sa position. Comme le MAS

²²¹ Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, "Planification familiale et avortement thérapeutique", extrait d'un procès-verbal, Hull, le 31 août 1978.

avait prévu une solution de rechange dans chaque région au cas où il y aurait des problèmes, le C.S.S.S.O. s'adresse aux C.L.S.C. de la région afin de trouver un endroit pour créer une clinique. En novembre 1978, le C.S.S.S.O. adresse la proposition suivante au MAS :

- amener le C.H. Sacré-Coeur à offrir des services complets en planification des naissances
- demander au C.L.S.C. de Hull de jouer un rôle de suppléance en attendant que le Centre hospitalier de Gatineau ouvre ses portes
- le C.L.S.C. de Hull desservirait l'Outaouais-sud et les C.H. Maniwaki et Mont-Laurier, l'Outaouais-nord. 222

Dans tout ce débat, les C.L.S.C. de la région sont appuyés par des groupes de femmes. Entre autres, en décembre 1978, un groupe d'une cinquantaine d'entre elles envoie une lettre au MAS afin d'appuyer les C.L.S.C. des Draveurs et de Hull. Un groupe Pro-choix se forme dans la région afin de lutter contre les groupes Pro-vie et Vivere, qui eux, appuient le C.H. Sacré-Coeur et qui de plus, ont réussi à faire élire de leurs membres au Conseil d'administration du C.H. Sacré-Coeur en 1978.

Suite à la rencontre avec les fonctionnaires du MAS et les représentants du C.S.S.S.O., le C.H. Sacré-Coeur décide de réouvrir le dossier

222 Maurice Corriveau, op. cit. p. 6.

et le 12 décembre 1978, lors d'une de ses réunions régulières, décide de ré-instituer la résolution 58 telle qu'amendée et d'autoriser la création d'un comité d'avortement thérapeutique ²²³ en tenant compte des conditions émises par le Conseil des médecins et dentistes et que nous avons énumérées plus haut. En mai 1979, le Conseil d'administration du C.H. Sacré-Coeur mandate son directeur général de rédiger la version finale des règlements du comité d'avortement thérapeutique et de voir à sa mise sur pied.

Entre temps, le MAS étudie une solution de rechange au cas où le C.H. Sacré-Coeur n'offrirait pas le service complet. En novembre 1979, le MAS étudie de concert avec le C.S.S.S.O., le C.L.S.C. de Hull et l'hôpital Notre-Dame de Montréal, la possibilité de créer une clinique complète de planification familiale.

Le ministère des Affaires sociales étudie présentement un plan exceptionnel pour doter le sud de l'Outaouais d'une clinique complète de planning familial... D'après nos sources, la clinique serait située au C.L.S.C. de Hull, mais relèverait de l'hôpital Notre-Dame de Montréal. ²²⁴

²²³ Centre hospitalier Sacré-Coeur, extrait d'un procès-verbal du 12 décembre 1978, Règlements du comité d'avortements thérapeutiques, Hull, le 12 décembre 1978, p. 141.

²²⁴ Gilles Laframboise, "Plan exceptionnel étudié par le MAS, Bientôt l'avortement au C.L.S.C. de Hull", Le Droit, Ottawa, mercredi le 7 novembre 1979, p. 17.

Le 11 décembre 1979, se produit un événement qui prend tout le monde par surprise. Le Conseil d'administration du C.H. Sacré-Cœur revient sur sa décision et accepte d'offrir un service complet comprenant l'avortement thérapeutique à incidences psycho-sociales.

Volte-face hier soir au Centre hospitalier Sacré-Cœur au sujet de l'avortement thérapeutique, le Conseil d'administration a accepté à l'unanimité de mettre sur pied un service complet d'avortements thérapeutiques.

Après tous les débats et l'encre que cette question a fait couler au cours des dernières années, les sept membres présents ont approuvé sans commentaires les amendements proposés par Mme Marie-Anne Michaud aux règlements du comité d'avortement thérapeutique. 225

Comment expliquer cette volte-face ? Dans un premier temps les deux personnes qui s'opposaient à l'avortement sont absentes. Deuxièmement, l'intervention du MAS et du C.S.S.S.O. et la menace de couper le financement du programme influencent certains membres. Troisièmement, la représentante des C.L.S.C. au Conseil d'administration du C.H. Sacré-Cœur, Marie-Anne Michaud (vice-présidente du C.A. du C.L.S.C. des Draveurs), a

225 Jacques Lefebvre, "Volte-face du Conseil d'administration de Sacré-Cœur, Service complet d'avortement thérapeutique", Le Droit, Ottawa, mercredi le 12 décembre 1979.

réussi par des rencontres avec certains membres à les convaincre de voter en faveur de la résolution.

C'est à ce moment que le débat s'envenime. Les forces qui s'opposaient du Conseil d'administration du C.H. Sacré-Coeur se rallient à lui et le félicitent de son courage. Quant aux groupes Pro-vie, ils doivent modifier leur stratégie, ce qu'ils feront. Des personnalités de la région jusqu'alors silencieuses, prendront position publiquement. L'évêque de Hull, Monseigneur Adolphe Proulx, réagira fortement contre la décision du C.H. Sacré-Coeur de pratiquer des avortements thérapeutiques à incidences médicales et psycho-sociales.

L'évêque de Hull, Mgr. Adolphe Proulx, a lancé un vibrant appel aux membres du Club Richelieu, hier, afin qu'ils viennent en aide aux enfants qui ne sont pas encore nés et qui ont besoin qu'on les défende... Pour Mgr. Proulx, lorsqu'on parle avortements pour des causes psycho-sociales, on parle de meurtre. 226

En janvier 1980, le C.H. Sacré-Coeur, forme son comité d'avortement composé de cinq (5) médecins. Début février 1980, coup de théâtre, les cinq membres du comité démissionnent en citant dans leur lettre au président du Conseil d'administration les deux raisons suivantes :

226 Gisèle Goudreault, "Selon l'évêque de Hull, Un avortement pour des causes psycho-sociales est un meurtre", Le Droit, Ottawa, mercredi le 13 février 1980.

- nous voyant privés du support du Conseil des médecins et dentistes, nous voyons mal comment le comité pourrait opérer
- l'absence totale de confidentialité en ce qui a trait à nos candidatures bénévoles pourrait entraver sérieusement le bon fonctionnement du comité. 227

Face à cette situation, les critiques pleuvent de toutes parts. Une personnalité de la région qui supportait l'établissement d'un service complet en planning familial et qui oeuvrait activement mais discrètement, fait une sortie virulente envers le Conseil des médecins et dentistes du C.H. Sacré-Coeur.

"La vice-présidente du Conseil du statut de la femme, Jeanne-D'Arc Vaillant, dénonce très vigoureusement l'attitude adoptée par le Conseil des médecins et dentistes du Centre hospitalier Sacré-Coeur dans le dossier d'avortement... car suivant l'article 16 de la Loi sur les services sociaux et de santé, son rôle est d'assurer des services de qualité à la population." 228

227 Jacques Lefebvre, "Comité d'avortement de Sacré-Coeur, Les cinq membres ont démissionné", Le Droit, Ottawa, le 13 février 1980.

228 Reine Dégarie, "Le Conseil des médecins et dentistes face à l'avortement, Une attitude d'hypocrite", Le Droit, Ottawa, le 15 février 1980.

De plus, Jeanne-D'Arc Vaillant-Lefebvre était directrice générale du C.L.S.C. des Draveurs et jouera comme nous le verrons plus tard, un rôle déterminant dans ce dossier. Plusieurs groupes dénonceront le Conseil des médecins et dentistes du C.H. Sacré-Coeur. Même au sein de l'establishment médical on ne s'entend pas. Ainsi, en "janvier 1978, les six médecins du département de gynécologie et d'obstétrique se prononcent en faveur de l'implantation d'une clinique d'avortement à cette institution hospitalière".
 229 Cette position connue depuis deux ans par le C.H. Sacré-Coeur, n'avait jamais été rendue publique. Par contre, le Conseil des médecins et dentistes avait fait connaître publiquement au Conseil d'administration du C.H. Sacré-Coeur son opposition dans ce dossier.

Toujours pas d'accord, le vice-président du Conseil des médecins et dentistes de Sacré-Coeur, le Dr. Jean LeMonde a précisé, hier, aux membres du Conseil d'administration que son organisme n'était toujours pas d'accord avec le comité d'avortement thérapeutique à incidences médicales et psychosociales... 230

Face à cette situation, le Conseil d'administration du C.H. Sacré-Coeur opte pour la formation d'un deuxième comité tout en espérant pouvoir recruter des médecins qui oseront se compromettre. Les groupes qui

229 Reine Dégare, "Au Centre hospitalier Sacré-Coeur, Obstétriciens et gynécologues veulent une clinique d'avortement", Le Droit, Ottawa, mardi le 11 mars 1980.

230 Régis Bouchard, "Au Centre hospitalier Sacré-Coeur, Nouveau comité d'avortement formé", Le Droit, mercredi, le 12 mars 1987.

s'opposent à l'avortement s'organisent. Ils recueillent 15 000 noms sur une pétition qu'ils déposeront le 11 mars 1980 au président du Conseil d'administration du C.H. Sacré-Coeur lors d'une conférence de presse. A la surprise de tout le monde, le groupe Pro-choix décide d'assister à cette conférence pour dénoncer ouvertement cette pétition qu'il qualifie de biaisée. Nous étions présents lors de cette conférence et les propos échangés entre les deux groupes étaient chargés d'émotions. Il devenait impossible de s'entendre sur ce dossier et les différentes factions le réalisaient de plus en plus.

D 2. b) Les C.L.S.C. s'organisent

Même si le Conseil d'administration du C.H. Sacré-Coeur optait pour la formation d'un deuxième comité d'avortement, plusieurs pensaient que le recrutement serait très difficile voire même impossible. L'avenir leur donnera raison. Le dossier de l'avortement dans l'Outaouais constituait un tel imbroglio qu'on s'en est servi comme exemple dans l'enquête de la coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit publiée en avril 1980.

Les C.L.S.C. de la région qui avaient participé activement mais discrètement au débat, n'ont pas tardé à s'organiser, prenant modèle sur les C.L.S.C. de Montréal et s'appuyant sur la déclaration émise par le ministre Lazure en janvier 1980.

Le ministre des Affaires sociales, M.
Denis Lazure, n'hésiterait pas à avoir

recours à un autre établissement si le comité d'avortement de l'hôpital Sacré-Cœur devait se révéler inopérant. ²³¹

Les C.L.S.C. décidèrent de regrouper et de réunir les parties intéressées par l'établissement d'une clinique d'avortement.

Le 31 mai 1980, le C.L.S.C. des Draveurs organise une première réunion afin de concrétiser le projet du groupe. De son côté, le C.L.S.C. de Hull publiait le 18 juin 1980, un document intitulé "L'établissement d'une clinique de planification familiale au C.L.S.C.". Dans ce document, le C.L.S.C. de Hull se proposait d'offrir le service d'interruption de grossesse. En octobre 1980, les C.L.S.C. des Draveurs, de Hull et de la Petite-Nation optèrent pour une solution plus discrète, c'est-à-dire, la formation d'une ressource indépendante des C.L.S.C. avec laquelle on établirait des ententes de services. C'est ainsi que pris naissance le comité provisoire du Centre de santé des femmes. Composé au début de quatre femmes (représentantes de groupes) et quatre représentantes de C.L.S.C., ce comité provisoire verra à la mise sur pied de la clinique. De novembre 1980 jusqu'à février 1981, le comité s'occupa surtout à définir le type de corporation qui gérerait la clinique et à trouver une dénomination sociale assez discrète afin de ne pas éveiller les soupçons ou de susciter de nouveaux débats publics. Le 13 février 1981, la clinique était incorporée et recevait ses lettres patentes sous

²³¹ Gisèle Goudreault, "En cas de "panne" du comité d'avortement, Lazure irait voir ailleurs", Le Droit, Ottawa, le 26 juin 1980.

la dénomination sociale suivante "Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais".

Les objets pour lesquels la corporation avait été créée étaient les suivants :

1. Etablir et opérer un Centre d'information et de référence communautaire, le tout ne pouvant constituer un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
2. Offrir des services communautaires sur divers aspects de la vie et de la santé des personnes.
3. Promouvoir la prise en charge individuelle et collective de la communauté.
4. Collaborer avec tout autre organisme ayant des objectifs similaires. ²³²

Comme nous pouvons le constater, les objectifs étaient assez larges d'interprétation et tellement peu précis que peu de gens pourraient s'imaginer que c'était une clinique d'avortement. Seuls ceux qui connaissaient bien le réseau des Affaires sociales pouvaient deviner

²³² Direction des Compagnies, Lettres patentes, Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais, Données et scellées à Québec, le 13 février 1981.

l'identité de cette ressource en consultant la liste des requérants et des administrateurs de la corporation. On y retrouvait le nom de quatre directeurs généraux de C.L.S.C., le nom de plusieurs administrateurs de C.L.S.C. et le nom de plusieurs femmes militantes auprès des groupes féministes de la région de l'Outaouais.

Toutes ces démarches se sont faites dans la plus grande discrétion mais à la connaissance des autorités gouvernementales, du C.S.S.S.Q. et des fonctionnaires du MAS. Le 23 avril 1981, le directeur général du C.H. Sacré-Coeur écrivait aux établissements du réseau pour les informer concernant la situation du comité d'avortement thérapeutique,

- suite à la démission des médecins siégeant sur le comité d'avortement thérapeutique, le Conseil d'administration a demandé à tous les médecins ayant des privilèges de membres actifs au C.H.R.O., s'ils étaient intéressés à siéger sur le comité et/ou à pratiquer des avortements thérapeutiques
- les réponses ont toutes été négatives. Ainsi donc, malgré la bonne volonté du Conseil d'administration de vouloir offrir ces services à la population féminine outaouaise, le Conseil considère le comité d'avortement comme inopérant et ce, faute de

ressources médicales, essentielles à son fonctionnement. ²³³

Le 13 mai 1981, le Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais tenait son assemblée générale; vingt et une personnes étaient présentes. La mise sur pied d'une corporation n'était pas de toute évidence l'étape la plus difficile à franchir car les femmes présentes à l'assemblée de fondation avaient des valeurs et des intérêts communs.

Le mode de financement de la clinique restait à être déterminé. Cela sera l'élément de négociation le plus difficile car comment financer une clinique d'avortement qu'on veut opérer discrètement, presque dans la clandestinité, de manière à ne pas éveiller les soupçons ?

Encore une fois, les C.L.S.C. sont venus à la rescousse du Centre. En effet, le C.L.S.C. des Draveurs et le C.L.S.C. de Hull s'étaient engagés à verser une subvention de 15 000\$ à 20 000\$ et à signer une entente de service avec le Centre. ²³⁴ Le 27 mai 1981, la présidente du Conseil d'administration du Centre écrivait au directeur général du C.L.S.C. des Draveurs pour l'inviter à verser la subvention. Le 10 juin, le C.L.S.C. des Draveurs signait un protocole d'entente sur les services de première ligne à l'avortement. En plus de verser une subvention, les C.L.S.C. s'engageaient également à fournir

²³³ Maurice Corriveau, op. cit. p. 10.

²³⁴ C.L.S.C. des Draveurs, Résolution BRO 73-019-81 a accordé 7 500\$ pour chacune des années 1980-1981 et 1981-1982. Dans une lettre datée du 7 avril 1981, le directeur général du C.L.S.C. de Hull, M. Paul Laguerrier indiquait à Jeanne-D'Arc Vaillant que cet établissement contribuerait 20 000\$ pour chacune des années 1980-1981 et 1981-1982.

un soutien professionnel et médical à la clinique (médecin, travailleur social, etc.). En juin, les C.L.S.C. de Hull et de la Petite-Nation signaient également un protocole d'entente. Les C.L.S.C. ne dispenseront pas directement un service d'avortement comme à Montréal mais prêteront leurs médecins, infirmières et travailleurs sociaux à une clinique qui le fera à leur place. Les C.L.S.C. ne pouvaient pas poser ces gestes (surtout au plan financier) sans que les fonctionnaires du MAS ne le sachent. Alors que le ministre de l'époque l'ignorait, il avoua aux médias que ses fonctionnaires étaient au courant de la situation que ce soit dans la région de Montréal ou ailleurs en province.

En ce qui concerne les C.L.S.C. de Montréal, le ministre n'était pas au courant mais son Ministère en était conscient.²³⁵

Le 15 juin 1981, le Centre loue une maison à Hull et embauche une coordonnatrice à partir de juillet de la même année. Avant que tout soit en place, les premiers avortements n'auront lieu qu'en décembre 1981. Le 6 août 1981, la direction du C.L.S.C. des Draveurs expédiera une lettre à la directrice des services communautaires du MAS pour se faire rembourser la subvention versée au Centre. Les C.L.S.C. de Hull et de la Petite-Nation formuleront une demande semblable au MAS pour le rôle de suppléance joué dû au manque de service d'avortements dans la région. Le MAS acquiescera à leur demande en décembre 1981, et de plus versera en 1981

²³⁵ Claude-V. Marsolais, "Johnson attribue à une zone grise juridique, la pratique d'avortements dans les C.L.S.C.", La Presse, Montréal, jeudi le 11 mars 1982.

une somme de 63 000\$ au Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais.

Au nom du Conseil d'administration...
je vous remercie bien sincèrement
d'avoir débloqué l'importante somme
de 63 000\$ afin d'assurer aux
femmes de l'Outaouais des services
spécialisés en planification des
naissances...

Le second motif de notre
appréciation de vos démarches se
situe au niveau de notre plan de
redressement, lequel aura des
conséquences atténuées grâce au
remboursement assuré de
15000\$...²³⁶

Un fait est à remarquer, Jeanne-D'Arc Vaillant, directrice des services communautaires au MAS, était l'ancienne directrice générale du C.L.S.C. des Draveurs, ex-vice-présidente du Conseil du Statut de la femme et une militante de première heure dans le dossier d'une clinique de planning familial. Par la suite, Mme Vaillant deviendra sous-ministre adjoint à la direction des services sociaux du MAS. L'appui de celle-ci dans ce dossier et son implication au sein de la Fédération des C.L.S.C. (elle a déjà été membre du Conseil d'administration de la Fédération) a aidé la Fédération et les C.L.S.C. de l'Outaouais à influencer le MAS.

²³⁶ Lettre de Maurice Corriveau, directeur général intérimaire à Jeanne-D'Arc Vaillant, directrice des services communautaires au MAS concernant "Services spécialisés en planification des naissances", Gatineau le 22 décembre 1981.

Les avortements pratiqués par des ressources de rechange et les C.L.S.C. sont donc tolérés. Le Centre d'information et d'action sociale a pratiqué 48 avortements depuis le 7 décembre 1981 jusqu'en avril 1982 dans l'Outaouais alors qu'en quatre ans, il n'y en avait eu aucun dans la région. Depuis ce temps, le MAS continue à financer le Centre. Selon les états financiers du Centre au 31 mars 1982, le MAS avait versé une subvention de 50 000\$ pour ses activités.

Ce service vient donc s'ajouter aux services déjà offerts par certains hôpitaux et assure ainsi aux femmes une accessibilité plus adéquate et plus discrète à l'avortement. Il en sera probablement ainsi tant qu'il n'y aura pas un nouveau consensus social et tant que le Ministère fera preuve d'une bienveillante tolérance envers les avant-gardistes en planification des naissances.

Invoquant l'absence de consensus social au niveau de ce phénomène au Québec, le ministre croit que le rôle de l'Etat est d'assurer que là où ces avortements se pratiquent, ils surviennent dans des conditions minimales d'accessibilité et de professionnalisme. ²³⁷

Le programme de planification des naissances du C.L.S.C. des Draveurs et le dossier de l'avortement dans l'Outaouais est un exemple frappant de l'influence des gestes locaux des C.L.S.C. sur les politiques

²³⁷ Claude-V. Marsolais, op. cit.

gouvernementales. Un ministère peut difficilement reviser une politique aussi controversée que celle de l'avortement sans s'assurer de l'appui de la population. Le MAS avait un préjugé favorable à l'endroit des revendications des C.L.S.C. de l'Outaouais mais il attendait que la "base" s'organise afin de justifier tout changement de sa part. Les C.L.S.C. ont alors rassemblé tous les groupes, associations et autres établissements du réseau qui partageaient le désir d'établir une clinique de planification familiale dans l'Outaouais. Les C.L.S.C. ont également réussi à atténuer le débat public entourant la question de l'avortement en récupérant le dossier par le biais de la création d'une ressource autonome (Centre d'information et d'action sociale), ce qui semble avoir plu au MAS, ainsi libéré d'un épineux dossier. C'est ainsi que les confrontations entre les partisans et les opposants d'un service d'avortement thérapeutique régional cessèrent, ne fût-ce que quelques années.

CONCLUSION

4. Le rôle des C.L.S.C. dans la politique de planification des naissances

A) L'ensemble du Québec

Les C.L.S.C. du Québec ont été parfois perçus comme les moutons noirs du réseau des Affaires sociales. Issus d'une réforme qui les ont enfantés à la dernière minute suite à une série de compromis, les C.L.S.C. ont pris naissance dans une famille qui n'en voulait pas. Rejetés par l'establishment médical, parfois par les autres institutions du réseau et remis en question par l'Etat qui pensait avoir commis une erreur en leur donnant le jour, les C.L.S.C. ont dû se tailler eux-mêmes une place au soleil.

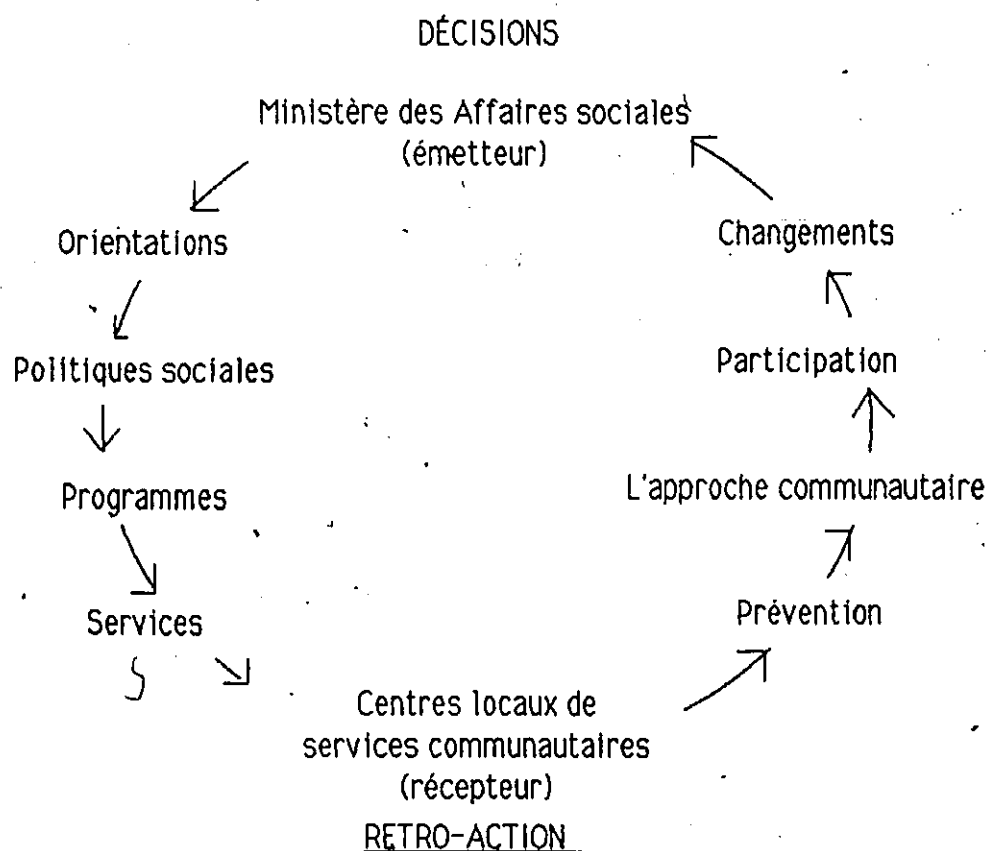
L'Etat a comme fonctions d'émettre des politiques, des orientations, de définir des programmes et des services qu'il demandera à ses institutions d'appliquer. A leur début, les C.L.S.C. auraient été mal vus de contester certains programmes émis par le MAS. Alors que leur réputation d'agence gouvernementale était faible, ils ont plutôt misé sur une stratégie d'application des programmes ministériels tout en innovant dans leur approche et leurs méthodes d'intervention.

En réalité, les programmes ministériels seront transfigurés après quelques années d'application.

Appréciés par la population qu'ils rejoignaient, les C.L.S.C. plaçaient donc l'Etat dans une situation délicate dans le cas où celui-ci voudrait les réprimander pour la façon dont ils procédaient à l'application d'un

programme. La stratégie d'étapisme adoptée par la Fédération a été profitable aux C.L.S.C., mais leur naïveté et leur manque d'expérience du début leur ont tout de même valu de dures confrontations avec le MAS. Dans ce genre de confrontation, la Fédération s'est vite aperçue qu'elle se plaçait dans une situation minoritaire et qu'elle en sortirait perdante. C'est pourquoi elle a accepté l'offre du MAS de s'intégrer au réseau par le biais de la complémentarité. Les C.L.S.C. ont accepté de jouer le rôle de récepteur et de laisser le MAS jouer celui d'émetteur.

Tableau III
Processus détaillé d'application des décisions



Les C.L.S.C. ont tempéré leur rhétorique vis-à-vis le MAS et ont emprunté les couloirs du jeu politique. La contestation a fait place au lobbying et aux dossiers bien préparés. Les amateurs de la gestion ont été remplacés par des professionnels de la gestion ayant une meilleure connaissance des rouages gouvernementaux. Les C.L.S.C. ont appris également à tisser des liens de solidarité avec d'autres institutions du réseau. Ils ont accepté de prendre en charge tous les programmes qui avaient échoué ailleurs. Parce qu'ils ont recruté des gestionnaires partageant des valeurs progressistes de la Révolution tranquille, ce qui les placent au moins sur une des longueurs d'ondes de l'élite au pouvoir, ils ont réussi à faire de leurs ennemis des alliés. En douze ans d'existence, les C.L.S.C. se sont transformés, malgré leur petit budget, en acteur très puissant au sein du réseau. Ils ont réussi à influencer l'Etat dans le domaine des programmes de planification des naissances en tissant des liens solides avec les fonctionnaires régionaux et provinciaux. Cela leur a permis d'offrir des services d'avortement thérapeutique dans les régions où les centres hospitaliers ne le voulaient pas. Ils ont également joué un rôle de premier plan dans le programme de maintien à domicile et livrent présentement bataille pour s'accaparer du volet socio-sanitaire du programme Santé et sécurité au travail.

B) L'Outaouais

Dès les débuts de la réforme, l'Outaouais a servi de région-pilote pour l'établissement d'un réseau complet de C.L.S.C. et pour l'application expérimentale des programmes ministériels. L'Outaouais a fidèlement joué

ce rôle mais n'a jamais hésité à faire connaître au MAS sa réaction vis-à-vis les différents programmes, qu'elle concorde ou non avec la position du Ministère. Ce fut le cas dans le dossier du planning familial. Devant le refus du Centre hospitalier Sacré-Cœur de pourvoir aux services d'avortement thérapeutiques selon la politique du MAS, les C.L.S.C. de l'Outaouais ont livré une lutte acharnée pour que ces services soient offerts autrement qu'en milieu hospitalier malgré la réticence du MAS à cet égard. Dans la poursuite de cet objectif, les C.L.S.C. de l'Outaouais ont tissé des liens de solidarité avec les groupes féministes, les autres établissements du milieu de même qu'avec certains responsables du MAS. Le fait qu'ils ont eu gain de cause dans ce dossier démontre que les C.L.S.C. détiennent effectivement le pouvoir d'influencer l'Etat dans la détermination de ses orientations, ses politiques et ses programmes et dans les services qu'ils demandent aux établissements d'appliquer.

Dans le dossier du planning familial, les C.L.S.C. ont-ils atteint les objectifs fixés quant à leur rôle tels qu'énoncés dans l'introduction ? Tous les efforts conjugués visaient à rendre accessible, sur le plan régional, un service pour lequel les femmes devaient auparavant avoir recours à des ressources extérieures ou clandestines. La participation du milieu à tous les aspects de la mise sur pied d'un service d'avortement thérapeutique a été constante (production de documents, expédition de lettres au MAS, conférences de presse, manifestations publiques, participation à la mise sur pied du Centre d'information et d'action social, élection du conseil d'administration du Centre, gestion du Centre, etc.). Pour ce qui est des autres volets du planning familial (éducation sexuelle, choix d'un

contraceptif, choix d'une solution en cas de maladie transmise sexuellement, etc.), la participation du couple ou de l'individu selon le cas, est également favorisée, et constitue une forme de prévention primaire à laquelle le recours à l'avortement est un échec. Cependant dans la mesure où l'avortement lui-même peut-être considéré comme une mesure de prévention tertiaire, en ce qu'il élimine la cause du problème, on peut conclure que l'accès à un service d'avortement thérapeutique régional rehausse la qualité des conditions de vie de celles qui de toutes façons y auraient fait appel.

Les C.L.S.C. ont donc joué leur rôle conformément à la vocation particulière qui leur était dévolue, pourtant malgré leur importance croissante au sein du réseau, les C.L.S.C. demeurent vulnérables. Après l'élection du Parti libéral en décembre 1985, le ministre en titre, Thérèse Lavoie-Roux, imposa un moratoire sur le développement du réseau des C.L.S.C. et créa un comité d'étude sur leur fonctionnement.

Les détracteurs des C.L.S.C. espéraient les voir disparaître. Les résultats du rapport du comité d'étude (Comité Brunet) montrent que les C.L.S.C. ont encore un rôle à jouer au sein du réseau. Certes, certaines critiques adressées face à l'éparpillement des programmes offerts par les C.L.S.C. sont fondées. D'autre part, le comité a également reconnu le fait que les C.L.S.C. étaient "proches" de la communauté qu'ils desservaient et que leur approche et leurs méthodes d'intervention avaient été couronnées de succès dans certains programmes. Le comité retenait entre autres le programme de maintien à domicile, le programme scolaire, le programme de

santé maternelle et infantile, le programme jeunesse (interventions auprès des jeunes en difficulté), etc.

Le comité Brunet venait donc de consolider la place des C.L.S.C. dans le réseau et précisait les programmes et les services qui devraient être offerts par ceux-ci. La crédibilité et l'image des C.L.S.C. ont été, selon nous, renforcées par ce rapport, bien que les C.L.S.C. perdront certains programmes et services qui leur tenaient à coeur. Leur approche et les méthodes d'intervention devront se modifier pour s'adapter à ces changements.

C) Note personnelle

La critique la plus sévère que nous adressons à l'endroit du MAS, c'est de ne pas avoir complété le réseau des C.L.S.C. La solution de mettre l'accent sur les services déjà existants plutôt que sur la création de nouvelles structures fausse le débat. Qu'en est-il en effet des régions ou des villes qui ne possèdent que des infra-structures minimales dans le domaine des services sociaux et de santé ? Le fait de regrouper plusieurs institutions dans le but d'économiser sur le plan des ressources humaines et financières est un contresens. Chaque institution a une mission propre et un caractère unique dans la distribution des services. Dans les régions isolées (ex.: Grand-Nord), le regroupement d'institutions a connu des succès mitigés. ■

Ce qui a fait le succès des C.L.S.C. c'est précisément leur caractère accessible et proche de la population. Le fait de réaliser des économies au niveau des biens meubles et immeubles en intégrant les C.L.S.C. à des structures beaucoup plus grosses et impersonnelles telles que les Centres d'accueil ou les Centres hospitaliers nuira à l'efficacité des C.L.S.C. en faisant fuir les gens qu'ils cherchent à atteindre.

Nous croyons que les C.L.S.C. sont là pour y rester, qu'ils survivront aux critiques, qu'ils continueront à innover tant par leur approche que par leurs méthodes d'intervention et qu'ils continueront à influencer et à jouer un rôle dans la détermination des politiques sociales au Québec.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Processus d'application des décisions, page 16

Tableau II : Evolution historique, page 66

Tableau III : Modèle de Caplan par rapport aux niveaux de prévention, page 102

Tableau IV : Processus détaillé d'application des décisions, page 209

BIBLIOGRAPHIE

A) DOCUMENTS OFFICIELS

- Asselin, France; Chassé, Hughes; Gadbois-St-Cyr, Jocelyne. Programme planification des naissances C.L.S.C. des Draveurs. Evaluation des activités pour l'année 1980-1981. Gatineau, le 25 mars 1981, 18 pages.
- Badgley, Robin F.; Caron-Fortin, Denyse; Powell-Marion, G., Rapport du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement. Imprimerie et Edition Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, janvier 1977, 524 pages.
- Bouchard, Odette, Manuel-guide en planification des naissances. Supplément : Application des rôles des professionnels dans la pratique quotidienne, (au premier janvier 1981), Ministère des Affaires sociales, Québec, février 1982, 99 pages.
- Centre des Services sociaux de l'Outaouais, Avortement thérapeutique, Hull, Extrait du procès-verbal de la 50^e réunion du conseil d'administration du C.S.S.O. tenue à Hull le 14 février 1978, 2 pages.
- Centre Hospitalier Sacré-Coeur, Procès-verbaux du conseil d'administration du Centre Hospitalier Sacré-Coeur de Hull, Hull, 12 décembre 1978, pages 141-149.
- Centre Hospitalier Sacré-Coeur, Comité d'avortement thérapeutique, Hull, Extrait du procès-verbal d'une assemblée régulière du conseil d'administration du Centre Hospitalier Sacré-Coeur, le 9 mai 1978, 3 pages.
- Centre Hospitalier Sacré-Coeur, Procès-verbaux du conseil d'administration du Centre Hospitalier Sacré-Coeur de Hull, Hull, 16 janvier 1979, page 150-158.
- Centre Hospitalier Sacré-Coeur, Procès-verbaux du conseil d'administration du Centre Hospitalier Sacré-Coeur de Hull, Hull, 24 avril 1979, page 196-206.

- Centre Hospitalier Sacré-Coeur, Procès-verbaux du conseil d'administration du Centre Hospitalier Sacré-Coeur de Hull, Hull 8 mai 1979, pages 207-212.
- Centre local de services communautaires des Draveurs, Présentation de projet : Demande d'un programme de service de consultation en planification des naissances, Gatineau 1978, 16 pages.
- Centre local des services communautaires des Draveurs, Ressource d'avortement thérapeutique, copie conforme d'une résolution adoptée à une réunion régulière du conseil d'administration du C.L.S.C. des Draveurs, Gatineau, le 26 juin 1978.
- Centre local des services communautaires de Hull, L'établissement d'une clinique de planification familiale au C.L.S.C. de Hull, Hull le 18 juin 1980, 17 pages.
- Centre local des services communautaires des Draveurs, Projet de contrat de services C.L.S.C. - Ressources en planification des naissances, Gatineau, Copie conforme des résolutions adoptées à une rencontre régulière du conseil d'administration du C.L.S.C. des Draveurs, tenue le 17 mai 1981, 1 page.
- Centre local des services communautaires des Draveurs, L'orientation du C.L.S.C. des Draveurs, Gatineau le 18 août 1981, 24 pages.
- Centre local des services communautaires des Draveurs, Bilan 1979-1982. Planification des naissances C.L.S.C. des Draveurs, Gatineau, décembre 1982, 7 pages.
- Comité d'étude sur l'assistance publique (Rapport Boucher), Recommandations, Gouvernement du Québec, Québec, juin 1963, pages 214-229.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, L'Assurance-maladie, Vol. I, Gouvernement du Québec 1967, Editeur Officiel du Québec, 338 pages.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, La Santé, Vol. IV, Tome I, titre premier, La Situation actuelle, Gouvernement du Québec 1970, Editeur Officiel du Québec, 212 pages.

- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Les Services sociaux, Vol. VI, Tome I, Gouvernement du Québec 1972, Editeur Officiel du Québec, 381 pages.
- Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, La Réforme, Hull, S.D. 7 pages.
- Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Avortement : Thérapeutique et planning des naissances, Hull, Extraits du procès-verbal de la réunion du conseil d'administration du C.S.S.O. tenue le 15 juin 1978, 3 pages.
- Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Planification familiale et avortement thérapeutique, Hull, Extrait du procès-verbal de la réunion du conseil d'administration du C.S.S.O. tenue le 31 août 1978, 3 pages.
- Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Résolution B.R.-276-164-78 (Planification familiale et avortement thérapeutique), Hull, Extrait du procès-verbal de la réunion du conseil d'administration du C.S.S.S.O. tenue le 21 septembre 1978, 2 pages.
- Conseil du Statut de la femme, Pour les Québécoises : égalité et indépendance, Editeur Officiel du Québec, Québec, 1978, 335 pages.
- Corriveau, Maurice, Nomination d'une représentante du C.L.S.C. des Draveurs au Comité conjoint C.L.S.C./Centre d'information et d'action sociale, Gatineau, le 15 septembre 1981, 1 page.
- Corriveau, Maurice, Planification familiale et avortement dans l'Outaouais, Résumé chronologique du dossier, Gatineau : C.L.S.C. des Draveurs, S.D. (1982?), 11 pages.
- Gadbois-St-Cyr, Jocelyne; Chassé, Hughes; Asselin, France, Document de Presse: extraits de : Programme en planification des naissances du C.L.S.C. des Draveurs, Gatineau, le 3 janvier 1980, 24 pages.
- Gouvernement du Québec, La planification des naissances, l'avortement thérapeutique, Réunion du Conseil des ministres, Décision no. 77-469, Québec, 22 novembre 1977, 2 pages.

- Guay, Michelle et ses collaborateurs, Manuel-guide en planification des naissances, Tome I et Tome II, Ministère des Affaires sociales, Québec, février 1982, 374 pages et 437 pages.
- Meilleur, Paul-André, "Lettre à Fernand Boutin concernant le position du conseil des médecins et dentistes contre la fondation d'un comité d'avortement thérapeutique", Hull, le 23 janvier 1980, 1 page.
- Ménard, Pierre, "Lettre du directeur général du C.L.S.C. de Hull ("L'avortement thérapeutique") aux directeurs généraux du C.S.S.O., C.S.S.S.O. et des C.L.S.C.", Hull, le 7 mars 1978, 3 pages.
- Milhomme, Louise, "Lettre à Lise Sauvé concernant les populations prioritaires", Québec, le 2 août 1979, 3 pages.
- Ministère des Affaires sociales, Enoncé de la politique en matière de planification des naissances, Québec, le 10 mai 1972, 3 pages.
- Ministère des Affaires sociales, Orientations en matière de planification des naissances, Québec, juillet 1976, 4 pages.
- Ministère des Affaires sociales, Développement des services de consultation. Cadre de référence pour l'élaboration et la présentation des projets, Québec, août 1976.
- Ministère des Affaires sociales, Planification des naissances. Recension des textes publics par le Ministère au cours des dernières années, Québec, Le 1 décembre 1980, 12 pages.
- Ministère des Affaires sociales, Programmes en planning des naissances : Politiques du MAS, Mont-Gabriel, 5 décembre 1980, 11 pages.
- Ministère des Affaires sociales, Le réseau des C.L.S.C. au Québec. Un parachèvement qui s'impose, Québec, avril 1981, 25 pages.
- Ministère des Affaires sociales, Le système de santé et de services sociaux au Québec, Direction des communications, Editeur Officiel du Québec, Québec, 1985, 71 pages.

- Ministère des Consommateurs, Coopératives et Institutions financières, Lettres Patentes : Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais, Direction des compagnies, Québec, 13 février 1981, 4 pages.
- Pampalon, Robert, L'Etat de santé des Québécois, Un bref bilan des indicateurs disponibles, Service des études de santé, MAS, Québec, janvier 1986, 23 pages.
- Statistique Canada, Principales statistiques sur les avortements thérapeutiques, Canada 1980, Ministère des Approvisionnements et Services Canada 1982, Ottawa, janvier 1982, 21 pages.
- Rivard, J.-Y., L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec, Annexe 2 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec 1970, Editeur Officiel du Québec.

B) LIVRES ET CHAPITRES DE LIVRES

- Beaudry, Jean, "L'évaluation de programme", tiré de Recherche sociale, De la problématique à la collecte de données, sous la direction de Benoit Gauthier, Presse de l'Université du Québec, Sillery, 1984, 527 pages.
- De Beauvoir, Simone, Le deuxième sexe 1, Collection idées, Editions Gallimard, France, 1949, 510 pages.
- De Beauvoir, Simone, Le deuxième sexe 2, Collection idées, Editions Gallimard, France, 1949, 504 pages.
- Desmarais, Marcel-Marie, L'amour et l'âge atomique, Edition du Livre, Montréal, 1950, 127 pages.
- Dumont, Fernand, "Notre culture entre le passé et l'avenir", tiré de La Vigile du Québec, Editions Hurtibise, H.M.H. Ltée, Montréal, 1971.

- Godbout, Jacques, La participation contre la démocratie, Collection "Pratiques sociales", Editions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, 1983, 190 pages.
- Gourgues, J.H.; Leclerc, G.; Tremblay, J., Sexualité, fertilité, planification des naissances, Editions Prince, Sherbrooke, 1978, 305 pages.
- Grand'Maison, Jacques, Vers un nouveau pouvoir, Editions H.M.H. Ltée, Montréal, 1969, 257 pages.
- Greer, Germaine, La femme eunuque, Editions du Jour/Robert Laffont, Montréal et Paris, 1971, 431 pages.
- Jepsen, Dee, Women Beyond Equal Rights, World Books publisher, Waco, Texas, 1984, 238 pages.
- Lesemann, Frédéric, Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec, Editions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, avril 1981, 232 pages.
- Millet, Kate, La politique du mâle, Collection Points-Actuels, Editions Stock, France, 1971, 461 pages.
- Pateman, Carole, Participation and Democratic Theory, Cambridge University Press, London, 1970, 122 pages.
- Poupart, Robert; Simard, Jean-Jacques; Ouellet, Jean-Paul, La création d'une culture organisationnelle : le cas des C.L.S.C., F.C.L.S.C.Q., Montréal, mai 1986, 92 pages.
- Verba, Sidney; Nie, H. Norman; Kin, Jac-On, The Modes of Democratic Participation : A Cross-National Comparison, A Sage Publications Inc., Beverly Hills, California, 1971, 80 pages.
- Vivere, L'avortement, ses dangers, ses conséquences immédiates et tardives, Hull, 1978, 11 pages.
- Willke, Mrs. JC. et DR., Le livre rouge de l'avortement, Editions France-Empire, Paris, 1973, 236 pages.

C) PÉRIODIQUES1. Administration hospitalière et sociale

- Dupuis, Richard, "La réforme des C.L.S.C. viendra-t-elle un jour", Vol. XX, no. 10, Montréal, décembre 1974, p. 7 à 10.
- Bonenfant, Guy, "A propos des C.L.S.C.", Vol. XX, no. 10, Montréal, décembre 1974, p. 11 à 14.
- Fortin, Françoise, "Du modèle idéal à l'expérience vécue ou naissance et développement d'un C.L.S.C. pilote", Vol. XX, no. 10, Montréal, décembre 1974, p. 15 à 20.
- Blain, Gilbert, "La réforme doit reprendre son second souffle", Vol. XXI, no. 1, Montréal, janvier 1975, p. 10 à 16.
- Laurin, Pierre, "Remise en question de la participation", Vol. XXI, no. 8, Montréal, octobre 1975, p. à
- Tetreault, André, "Les C.L.S.C. 5 ans après", Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre/décembre 1977, p. 5 à 6.
- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Rôles et fonctions des Centres locaux de services communautaires", Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre/décembre 1977, p. 7 à 17.
- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Les C.L.S.C. parlent de leur action et de ses limites", Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre/décembre 1977, p. 13 à 19.
- Renaud, Marc, "Les C.L.S.C. : Une utopie nécessaire", Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre/décembre 1977, p. 26 à 29.
- Lazure, Denis, "Des services à la population dans une perspective de complémentarité", Vol. XXIII, no. 6, Montréal, novembre/décembre 1977, p. 34 à 36.

- Godbout, Jacques, "Le rôle des usagers dans les conseils d'administration des C.L.S.C.", Vol. XXV, no. 1, Montréal, janvier/février 1979, p. 28 à
- Auchowski-Boisvert, Céline; Boisvert, Jacques M., "Le marketing de la santé : avant tout une question de prévention", Vol. XXV, no. 6, Montréal, novembre/décembre 1979, p. 4 à 11.
- Duperré, Yvan; Cardinal, Claudette, "La prévention peut-elle contribuer à contrôler la croissance des coûts", Vol. XXVII, no. 2 et 3, Montréal, mars/avril et mai/juin 1981, p. 43 à 45 et 20 à 25.
- Maguau, Claude, "Le réseau, une faillite", Vol. XXVII, no. 4, Montréal, juillet/août 1981, p. 3 à 5.
- AuCoin, Léonard, "Un véritable réseau des Affaires sociales ?", Vol. XXVII, no. 4, Montréal, juillet/août 1981, p. 6 à 9.
- Desjardins, Claude, "Les déficiences du réseau des Affaires sociales, Vol. XXVII, no. 4, Montréal, juillet/août 1981, p. 10 à 11.
- Blain, Gilbert, "Le Québec de demain : technocratie ou démocratie", Vol. XXVII, no. 6, Montréal, novembre/décembre 1981, p. 16 à 22.
- Blain, Gilbert, "Le déclin de l'Etat providence ?", Vol. XXVIII, no. 5, Montréal, septembre/octobre 1982, p. 3 à 10.
- Côté, Marcel, Dufour Yvon, "Les services de santé prospective des années '80 (le point de vue de l'administrateur)", Vol. XXVIII, no. 3, Montréal, mai/juin 1982, p. à
- Bruneau, Juliette, "Le Réseau, une faillite, une utopie ou une réalité boiteuse", Vol. XXVIII, no. 1, Montréal, janvier/février 1982, p. 26 à 28.

2. Fédé-Express

- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Projets en planification des naissances subventionnés", Vol. 2, no. 2, Montréal, le 28 février 1979, p. 55.

- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "C.L.S.C. qui reçoivent une subvention du MAS en planification des naissances", Vol. 3, no. 7, Montréal, le 30 septembre 1980, p. 217.
- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "L'avortement", Vol. 5, no. 3, Montréal, le 5 avril 1982, p. 78.

3. L'Actualité

- Demers, Dominique, "A-t-on besoin des C.L.S.C.", Montréal, janvier 1987, p. 40.

4. La Gazette des femmes

- Conseil du Statut de la femme, Service d'information, Vol. 1 à Vol. 7, Québec, novembre 1979 à mars/avril 1986.

5. La Presse

- Lavoie, Denis, "Front commun dans sept C.L.S.C. pour obtenir le droit de pratiquer des avortements thérapeutiques", Montréal, vendredi le 18 août 1978.
- Lavoie, Denis, "Les C.L.S.C. désirent faire une partie des avortements", Montréal, samedi le 7 octobre 1978.
- Lavoie, Gilbert, "Selon Lévesque, Québec verra à réévaluer les C.L.S.C.", Montréal, mardi le 17 octobre 1978.
- Dutrisac, Claire, "Claude Forget : les C.L.S.C. et la participation du public à la gestion ont été des échecs", Montréal, le 12 avril 1979.
- Gagnon, Lysiane, "forte résistance des hôpitaux, Avortements : les cliniques pratiquement inopérantes", Montréal, le 25 août 1979.
- Roberge, Huguette, "Les C.L.S.C. songent à occuper plus de place dans le réseau des Affaires sociales", Montréal, samedi le 25 octobre 1980.

- Roberge, Huguette, "Réunis en congrès à Hull, Les C.L.S.C. ambitionnent d'étendre leur juridiction mais Lazure les déçoit", Montréal, lundi le 27 octobre 1980.
- Gagnon, Lysiane, "Une question de justice sociale", Montréal, le 4 novembre 1980.
- Beauchamp, Nicole, "60 Nouveaux centres à créer, Les C.L.S.C. pressent Québec de compléter leur réseau", Montréal, lundi le 26 octobre 1981.
- Beauchamp, Nicole, "La population des 45-64 ans constitue la moitié de la clientèle des C.L.S.C.", Montréal, lundi le 26 octobre 1981.
- Richer, Anne, "L'avortement : oui mais", Montréal, Samedi le 6 mars 1982 au jeudi le 11 mars 1982 (série de cinq articles).
- Marsolais, Claude-V., "Johnson attribue à une zone grise juridique, la pratique d'avortements dans les C.L.S.C.", Montréal, jeudi le 11 mars 1982.

6. La Vie en Rose

- "L'avortement en 1982", Production les années '80, Montréal, mars/avril/mai 1982, p. 18 à 38.

7. Le Bulletin

- "M. Ryan et les C.L.S.C.", Vol. 21, no. 7, Buckingham, S.D.

8. Le Citoyen

- "Malaise chez les représentants des usagers dans les C.L.S.C.", Asbestos, le 28 novembre 1978.

9. Le Devoir

- Rowan, Renée, "Avortements thérapeutiques, les C.L.S.C. attendent le feu vert", Montréal, le 11 avril 1979.
- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "La sous-utilisation des C.L.S.C. 2) Les C.L.S.C. et la politique sociale", Montréal, le 19 avril 1979.

- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "La sous-utilisation des C.L.S.C. 1) De dangereux choix politiques et budgétaires", Montréal, le 18 avril 1979.
- April, Pierre, "Où vont les C.L.S.C.", Montréal, le 9 août 1979 au 11 août 1979 (série de 3 articles).
- "L'impasse des cliniques dites Lazure", Montréal, le 22 septembre 1980.
- Laurier, Marie, "Les C.L.S.C. sont plus déterminés que jamais à se tailler une place dans le réseau socio-sanitaire", Montréal, lundi le 27 octobre 1980.
- Laurier, Marie, "L'avortement thérapeutique doit demeurer sous la responsabilité des hôpitaux", Montréal, lundi le 27 octobre 1980.
- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Les C.L.S.C. et les compressions budgétaires 1) Le syndrome du "ciseau aveugle"", Montréal, jeudi le 24 septembre 1981.
- Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Les C.L.S.C. et les coupures 2) Plutôt contrôler les médecins et les dentistes", Montréal, vendredi le 25 septembre 1981.
- Laurier, Marie, "Le C.L.S.C. est là pour y rester (P.-M. Johnson)", Montréal, lundi le 26 octobre 1981.
- Trudel, Clément, "Un vote serré fait de l'avortement une "mesure légitime" au programme du P.Q.", Montréal, lundi le 15 février 1982.

10. Le Droit

- Laframboise, Gilles, "Le budget de développement des C.L.S.C., Les centres viables n'auront rien", Ottawa, samedi le 17 juin 1978.
- Laframboise, Gilles, "plan exceptionnel étudié par le MAS, Bientôt l'avortement au C.L.S.C. de Hull", Ottawa, mercredi le 7 novembre 1979.

- Lefebvre, Jacques, "Volte-face du conseil d'administration de Sacré-Coeur, Service complet d'avortement thérapeutique, Ottawa, Mercredi le 12 décembre 1979.
- Bouchard, Régis, "A l'hôpital Sacré-Coeur, Comité d'avortement : les médecins choisis", Ottawa, mercredi le 23 janvier 1982.
- Goudreault, Gisèle, "En cas de "panne" du comité d'avortement, Lazure irait voir ailleurs", Ottawa, samedi 26 janvier 1980.
- Goudreault, Gisèle, "Selon l'évêque de Hull, Un avortement pour des causes psycho-sociales est un "meurtre"", Ottawa, mercredi le 13 février 1980.
- Lefebvre, Jacques, "Comité d'avortement de Sacré-Coeur, Les cinq membres ont démissionné", Ottawa, mercredi le 13 février 1980.
- Goudreault, Gisèle, "Pétition pour l'abolition du Comité d'avortement de Sacré-Coeur, Pro-Vie en quête de 50 000 appuis", Ottawa, le 7 février 1980.
- Degarie, Reine, "Le conseil des médecins et dentistes face à l'avortement, Une attitude d'hypocrite", Ottawa, Vendredi, le 15 février 1980, p. 13.
- "Service d'avortement thérapeutique, Sacré-Coeur : la liste des appuieurs croît sans cesse, Ottawa, mardi le 11 mars 1980.
- Degarie, Reine, "Au Centre hospitalier Sacré-Coeur, Obstétriciens et gynécologues veulent une clinique d'avortement", Ottawa, mardi le 11 mars 1980.
- Bouchard, Régis, "Au Centre hospitalier Sacré-Coeur, Nouveau comité d'avortement formé", Ottawa, mercredi le 12 mars 1980, p. 17.
- Bouchard, Régis, "Pro-Vie présente 15 000 "non"", Ottawa, mercredi le 12 mars 1980.
- Bouchard, Régis, "Pour ou contre l'avortement, Des femmes dénoncent vertement la pétition", Ottawa, mercredi le 12 mars 1980.

- Fortin, Noël, "Ils veulent sortir des "ligues mineures" de la santé, Les C.L.S.C. étouffent dans leur carreau", Ottawa, lundi le 27 octobre 1980.
- Fortin, Noël, "Avortement thérapeutique, Lazure lance un ultimatum aux hôpitaux", Ottawa, lundi le 27 octobre 1980.
- Fortin, Noël, "On doit tenir compte des priorités de tous Mme Vaillant-Lefebvre", Ottawa, lundi le 27 octobre 1980.
- Fortin, Noël, "La complémentarité, Une fonction qui ne plaît pas du tout aux C.L.S.C.", Ottawa, mardi le 28 octobre 1980.

11. Le Journal de Montréal

- Coudé-Lord, Michèle, "La Fédération des C.L.S.C. du Québec en congrès, Le gouvernement coupe aveuglement", Montréal, samedi le 24 octobre 1981.

12. Le Médecin du Québec

- "Quelques années plus tard, Entrevue avec Claude Castonguay", Vol. 12, no. 11, Montréal, novembre 1977, p. 48 à 63.
- Salomon, Michel, "Ombres et lumières du C.L.S.C.", Vol. 15, no. 9, Montréal, septembre 1980, p. 60 à 87.
- Béliveau, Francine, "Les services de santé : prospective sur les années '80, Montréal, août 1981, p. 79 à 84.

13. Le Régional

- "Avortement thérapeutique à Sacré-Coeur, On s'en prend au Conseil des médecins et dentistes, Hull, le 27 février 1980, p. 5.

14. Le Soleil

- Bellefeuille, Roger, "Au C.L.S.C. d'oublier leur rêve (Lazure)," Québec, jeudi le 25 septembre 1980.
- Bellefeuille, Roger, "Des C.L.S.C. offriront un service d'avortement", Québec, lundi le 27 octobre 1980.

- Bellefeuille, Roger, "Le Réseau du C.L.S.C. complet en 1985 (Lazure)", Québec, lundi le 27 octobre 1980.
- Bellefeuille, Roger, "Les C.L.S.C. devront spécialiser leur action", Québec, lundi, le 26 octobre 1981.
- Bellefeuille, Roger, "Santé : les polycliniques ont supplanté les C.L.S.C. au Québec", Québec, S.D.
- Bellefeuille, Roger, "Budget des C.L.S.C., Manque de 2.5 millions", Québec, le 25 avril 1981.
- Bellefeuille, Roger, "La réseau complet de C.L.S.C. en comptera 44 de moins que prévu", Québec, le 25 avril 1981.

15. L'information

- La Fédération des C.L.S.C. du Québec, "Les C.L.S.C. 5 ans après, Pour un bilan", Vol. 1, no. 4, Montréal, 1977.

16. Revue internationale d'action communautaire

- Renaud, Gilbert, "La prévention entre le contrôle et l'autogestion", tiré de la revue internationale d'action communautaire, La prévention entre le contrôle et l'autogestion, Editions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, no. 11/51, printemps 1984, p. 3 à 5.

17. Revue Notre-Dame

- "L'avortement, Un choix de société", no. 6, Sillery, S.D., 33 pages.

D) AUTRES DOCUMENTS

- Castonguay, Jean, La motivation et la gestion des ressources humaines, Ecole nationale d'administration publique, Montréal, avril 1986, 140 pages.
- Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit, Les Points saillants de l'enquête de la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit, S.L., avril 1980, 118 pages.

- Dion, Pauline, Centre d'information et d'action sociale de l'Outaouais. Etats financiers et commentaires de l'expert-comptable, 31 mars 1982, Aylmer, le 15 juin 1982, 4 pages.
- Ecole de service social, Programme support en planification des naissances : Planification des naissances et développement professionnel, Université Laval, Québec, janvier 1978, 153 pages.
- Guay, Jérôme et Lapointe, Yolaine, Document d'initiation aux types d'intervention communautaire, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec, novembre 1985, pages.
- Harvey, André, Lettre à Claude Forget sur la position de la Fédération du Québec pour le planning des naissances face aux "Orientations en matière de planification des naissances", Montréal, le 27 octobre 1976, 3 pages.
- La Fédération des C.L.S.C. du Québec, Document support, "Le C.L.S.C., acteur d'une meilleure politique de santé au Québec", F.C.L.S.C. du Québec, Hull, 24, 25 et 26 octobre 1980, 88 pages.
- La Fédération des C.L.S.C. du Québec, Les intervenantes des C.L.S.C. face à l'avortement, F.C.L.S.C.Q., Montréal, novembre 1983, 178 pages.
- La Fédération des C.L.S.C. du Québec, Sondage Sorecom Inc. sur les C.L.S.C., Sorecom Inc., S.L., le 19 avril 1984, 40 pages.
- Lalonde, Carole, La clientèle réelle et potentielle des C.L.S.C., F.C.L.S.C. du Québec, Montréal, printemps, 1985, 81 pages.
- Mongeon, Serge, Evolution de l'assistance au Québec, Editions du jour, Montréal, 1967, p. 33 à 106.
- Perreault, Michel, Position de la Fédération des C.L.S.C. du Québec sur la planification des naissances et l'avortement, Montréal, le 30 septembre 1978, 22 pages.

- Thérout, Charles; Beaudoin, Raymonde; Bédard, Julien; MacKenzie, Linda; St-Onge, Line, Rapport d'évaluation du programme de planification des naissances des C.L.S.C. des Draveurs, Gatineau, janvier/mai 1982, 52 pages.