

L'État social québécois et la transformation des CLSC (1971-1981)

Revendications et contre-offensives de classe

REGARDS

Anne Plourde
Chercheure,
Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, IRIS
PhD, Université du Québec à Montréal



cmca mmxviii

Le cas du modèle initial des Centres locaux de services communautaires (CLSC) – implanté au Québec en 1971 et déjà profondément redéfini dès 1981 – offre un point d'appui particulièrement intéressant pour contribuer à la réflexion et aux débats sur les potentialités et les limites de l'État social. Ce modèle original d'organisation des services socio-sanitaires de première ligne se démarque dans le monde occidental par son caractère innovateur et progressiste (Bozzini, 1988), suggérant un véritable potentiel émancipateur de l'État social. Cependant, selon nous (Plourde, 2016; 2014), une comparaison de ce modèle avec celui des cliniques populaires qui émergent à la même époque et sa remise en question subséquente par le ministère des Affaires sociales indiquent plutôt des limites à la capacité de cet État à mettre en œuvre des réformes qui vont dans le sens des intérêts des classes populaires

Plus spécifiquement, l'analyse de l'évolution des CLSC fondée sur les rapports de force entre classes sociales (analyse de classe), soulève la question de la nature de l'État social dans une société capitaliste et permet de jeter une lumière inédite sur certaines particularités de l'État social québécois. Celui-ci se caractérise en effet par le passage accéléré durant les années 1960 d'un État social parmi les plus retardataires à l'un des plus avant-gardistes en Amérique du Nord, voire même dans le monde occidental, le cas des CLSC étant emblématique de ces développements (Fleury et al., 2007; Rouillard, 2004).¹

Comment expliquer la forme particulière qu'a prise le modèle des CLSC, la naissance au Québec (et non pas ailleurs) d'un modèle aussi progressiste, original et innovateur, et sa remise en question dès 1974 ? Ces questions, qui traversent la littérature sur l'histoire des CLSC et du système socio-

sanitaire québécois, sont généralement abordées à partir des facteurs «internes» au réseau (Desrosiers *et al.*, 2004). Sans nier le rôle joué par ces facteurs internes – notamment la résistance des médecins au modèle des CLSC² –, il s'agit de voir comment ceux-ci s'inscrivent dans les rapports de force qui traversent la société, en particulier les rapports entre la classe des travailleuses et travailleurs (représentée, entre autres, par les mouvements syndical et populaire) et la classe capitaliste (représentée par le milieu des affaires) (Navarro, 1976). Cette perspective de classe – peu usitée aujourd'hui dans les analyses du domaine de la santé – s'avère féconde.

Conceptions opposées

L'analyse de l'évolution du modèle initial des CLSC s'est articulée autour de trois grands axes, définis chacun par deux pôles opposés. Ces axes concernent : la portée universelle vs résiduelle du modèle; son caractère démocratique vs bureaucratique; la conception socio-politique vs sanitaire et individualiste de la prévention mise de l'avant et la place conséquente accordée à l'action communautaire.

Malgré certaines limites, le modèle initial des CLSC avait une portée universelle.³ Au départ, les CLSC étaient destinés à devenir la porte d'entrée du réseau et donc à intégrer l'ensemble des services de première ligne, y compris la médecine familiale. On prévoyait que ces établissements répondraient à 80% des besoins socio-sanitaires courants (Québec, 1972a; 1972b). Ils étaient ainsi conçus comme un élément-clé d'un programme à portée universelle, voué à répondre aux besoins généraux de l'ensemble de la population.

Sans aller aussi loin que certaines cliniques populaires (Plourde, 2016; 2014), le modèle initial des CLSC était aussi défini par son caractère démocratique, chaque établissement ayant son propre conseil d'administration. Ce qui distingue ce modèle n'est pas simplement la représentation des personnes usagères (ce qui est le cas de plusieurs autres établissements), mais bien une forte représentation de ces personnes, quasi-majoritaires dans la loi, et véritablement majoritaires sur le terrain dans de nombreux CLSC. De plus, ces conseils d'administration élus jouissaient au départ d'une grande autonomie – et donc d'un réel pouvoir – dans la détermination de leurs priorités, orientations et programmes.

Le modèle initial des CLSC, toujours malgré certaines limites, se distinguait également par une conception sociale de la prévention visant à agir sur les causes non seulement individuelles mais aussi sociales de la maladie (par exemple, condi-

tions de vie, pauvreté, logement, alimentation). Ceci explique l'importance accordée au départ à l'action communautaire et à sa double mission : stimuler la participation populaire et mettre en œuvre une approche collective (plutôt qu'individualiste) de la prévention. Sur le terrain, ce mandat s'est souvent traduit par des mobilisations socio-politiques autour d'enjeux liés à la santé, débordant les limites du modèle imaginé par le ministère des Affaires sociales.

Ce caractère universel, démocratique et socio-politique du modèle initial des CLSC (premier pôle d'analyse) correspond aux revendications historiques de la classe des travailleuses et travailleurs en matière socio-sanitaire. S'il est impossible de faire ici la démonstration exhaustive de cette correspondance, rappelons tout de même que le modèle des cliniques populaires a directement inspiré celui des CLSC (Jetté, 2008). De plus, le modèle initial des CLSC correspond aussi à une revendication répétée des grandes centrales syndicales : à partir de 1966, celles-ci ont réclamé, y compris devant la Commission Castonguay-Nepveu, la création d'un réseau de polycliniques multidisciplinaires intégrant des services de santé et des services sociaux de première ligne (CSN *et al.*, 1966).

Si le modèle des CLSC est au départ proche du premier pôle d'analyse et des revendications de la classe des travailleuses et travailleurs, les grandes tendances qui s'affirment à partir de 1974 vont avoir pour effet de rapprocher ce modèle des positions historiques de la classe capitaliste en matière socio-sanitaire, qui correspondent au second pôle d'analyse. En 1974, le ministère des Affaires sociales décrète un moratoire sur la création de nouveaux CLSC (Desrosiers et Gaumer, 2004) et amorce un processus de redéfinition du modèle initial qui prendra une triple forme. Sans remettre directement en question leur caractère universel, ces établissements sont redéfinis comme des établissements «complémentaires» aux cliniques privées, les médecins omnipraticiens parvenant à imposer ces dernières comme véritable porte d'entrée du réseau (Lesemann, 1981). La mission des CLSC est de plus en plus réorientée vers les populations vulnérables ou marginalisées plutôt que vers la population en général. On assiste ainsi à un processus de «résidualisation» des CLSC.

S'il n'y a pas non plus d'attaque directe contre le caractère démocratique des CLSC, il se produit néanmoins à partir de 1974 un processus de bureaucratization des CLSC et de professionnalisation de leur gestion. Or, la réduction marquée de l'autonomie des CLSC (et donc du pouvoir réel des CA), par le biais d'une centralisation des décisions et d'un resserrement des contrôles

«le développement de l'État social québécois s'amorce véritablement en 1960, c'est-à-dire au moment où la combativité des travailleuses et travailleurs atteint son sommet»

bureaucratiques, contribuera à une démobilisation des communautés locales et donc à une diminution effective de la participation populaire au sein de ces établissements.⁴

Enfin, s'affirme rapidement un processus de dépolitisation de la prévention : le ministère des Affaires sociales cherche à évacuer la dimension politique de la conception de la prévention mise en œuvre dans plusieurs CLSC. Puisque c'est en bonne partie par le biais de l'action communautaire que les CLSC vont être impliqués dans des contestations socio-politiques, cette volonté va s'accompagner d'une marginalisation progressive de l'action communautaire. De manière plus générale, on va tendre vers une conception de moins en moins sociale et de plus en plus «sanitaire» et traditionnelle (voire même individualiste) de la prévention (hygiène publique, immunisation, habitudes de vie, etc.).

Une précision s'impose cependant. L'analyse des documents ministériels et leur confrontation avec les témoignages des actrices et des acteurs de l'époque ont permis de découvrir l'existence d'un décalage temporel entre le moment où le Ministère amorce sa redéfinition du modèle des CLSC (en 1974) et le moment où ces modifications commenceront à être véritablement ressenties sur le terrain (à partir des années 1980).

Rapports de force

Les grandes tendances dans l'évolution du rapport de force entre les classes au Québec durant les années d'après-guerre et jusqu'à la fin des années 1980 ne se distinguent pas radicalement des grandes tendances internationales. Ainsi, à partir de la Seconde guerre mondiale se développe progressivement – au Québec mais aussi partout dans le monde occidental – un rapport de force de plus en plus favorable aux travailleuses et aux travailleurs, qui culmine durant les années 1960-1970 et en particulier au tournant des années 1970 (Korpi, 2002).

Cependant, le Québec se distingue du reste du monde occidental sur au moins un point : alors que dans la plupart des pays occidentaux, l'État social émerge ou se consolide durant les années d'après-guerre (en bonne partie grâce au développement d'un rapport de force favorable aux travailleuses et aux travailleurs), le Québec est sous l'emprise d'un blocage politique qui inhibera l'essor de son État social jusqu'à la fin des années 1950. Ce blocage politique, incarné par le régime conservateur de l'Union nationale qui domine la scène politique québécoise entre 1936 et 1960, n'empêchera pas la combativité des travailleuses et travailleurs québécois de se traduire en gains substantiels au niveau des salaires et des conditions de travail

(Rouillard, 2004). Cependant, il y aura durant cette période peu de gains en termes de politiques sociales au Québec.

Ainsi, contrairement aux autres pays occidentaux et au reste du Canada, où l'État social se constitue pour l'essentiel entre la fin du XIXe siècle et la fin des années 1950 – et donc à un moment où le rapport de force est relativement moins favorable aux travailleuses et aux travailleurs que durant les deux décennies qui suivront –, le développement de l'État social québécois s'amorce véritablement en 1960, c'est-à-dire au moment où la combativité des travailleuses et travailleurs atteint son sommet, au Québec comme partout dans le monde occidental. En particulier, les CLSC sont créés en 1971, précisément lorsque cette radicalisation est à son apogée.

Le «retard» dans la construction de l'État social québécois aura deux conséquences. Les mouvements syndicaux et populaires de la province auront le temps de radicaliser leurs points de vue et revendications en matière socio-sanitaire *avant* la mise en œuvre des réformes dans ce domaine, et au moment où ces réformes se produisent, ces mouvements sont en mesure d'imposer leurs revendications parce que le rapport de force leur est exceptionnellement favorable.

Inscrire la naissance du modèle initial des CLSC dans l'évolution du rapport de force entre les classes nous permet donc de comprendre la forme particulière prise par ce modèle – caractérisé par le fait qu'il correspond aux revendications historiques de la classe des travailleuses et travailleurs en matière socio-sanitaire – ainsi que sa naissance au Québec, et pas ailleurs. Plus largement, cette analyse permet aussi d'expliquer le passage rapide dans la province à un État social particulièrement avant-gardiste, alors que le Québec se démarquait jusqu'à la fin des années 1950 par son conservatisme sur le plan social.

Contre-offensive

L'évolution du rapport de force durant les années 1970-1980 permet aussi de comprendre la remise en question du modèle initial des CLSC et son rapprochement du point de vue de la classe capitaliste. Ceci implique d'analyser le rôle joué par le milieu des affaires québécois dans cette évolution du modèle.

Au Québec comme dans le reste du monde occidental, s'amorce, à partir du début des années 1970, une contre-offensive de la classe capitaliste visant un double objectif, économique et politique : restaurer les taux de profit qui sont en déclin depuis la fin des années 1960 et renverser le rapport de force jugé «trop» favorable aux travailleuses et

aux travailleurs (Harvey, 2005). Les attaques visent notamment l'État social, pour des raisons économiques et politiques. Sur le plan économique, la chute des taux de profit a pour conséquence que le milieu des affaires est moins disposé à financer les programmes sociaux. Sur le plan politique, l'État social est une dimension importante du cadre institutionnel des années d'après-guerre ayant contribué à renforcer le pouvoir de la classe des travailleuses et travailleurs (Harvey, 2005).

Par ailleurs, si cette contre-offensive est amorcée au début des années 1970, il est important de souligner qu'elle s'intensifie à partir des années 1973-1975 et qu'elle n'aura qu'un succès mitigé jusqu'à la fin des années 1970. La combativité des travailleuses et travailleurs empêche en effet une véritable restauration des taux de profit (Duménil et Lévy, 2000; Lafrance, 2007). Ce n'est qu'au tournant des années 1980 que se produit réellement un renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste, provoqué notamment par la hausse importante des taux d'intérêt décidée par les banques centrales de plusieurs pays – dont le Canada. La récession mondiale et l'explosion des taux de chômage qui découleront de cette décision politique affecteront durablement la combativité de la classe des travailleuses et travailleurs (McNally, 2013).

Or, cette évolution du rapport de force entre les classes se reflète dans l'évolution du modèle initial des CLSC. Elle permet de comprendre non seulement sa remise en question et son rappro-

chement des positions et des intérêts de la classe capitaliste, mais aussi le décalage temporel observé plus haut entre le moment où le ministère des Affaires sociales amorce ce processus de redéfinition (en 1974, quand s'intensifient les attaques du milieu des affaires contre l'État social) et le moment où ce même ministère parvient à imposer cette redéfinition sur le terrain (à partir du début des années 1980, c'est-à-dire, lorsque se produit le renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste).

De plus, même s'il n'y a pas eu, malgré certaines attaques en 1973-1974,⁵ de véritable campagne ouverte de la part du milieu des affaires québécois contre le modèle initial des CLSC, l'analyse documentaire montre que l'offensive capitaliste visant l'État social va se déployer au Québec sur plusieurs fronts affectant directement ce type d'établissement. Par exemple, à partir de 1973, le milieu des affaires québécois revendique de manière répétée une réduction des dépenses sociales de l'État, en particulier dans le domaine des Affaires sociales (duquel relèvent les CLSC). Or, c'est en partie par des considérations financières que le Ministère justifie la «résidualisation» des CLSC (Forget, 1975; Québec, 1981).

Durant la même période, le milieu des affaires se positionne aussi à plusieurs reprises contre la participation populaire dans la gestion des organismes publics, notamment dans le domaine des Affaires sociales. Les CLSC, qui incarnent plus que tout autre établissement la volonté de



cmca mmxviii

REGARDS

«la classe capitaliste [...] peut compter sur le soutien actif de l'État pour assurer la préservation des intérêts qu'elle considère comme fondamentaux»

démocratisation du réseau socio-sanitaire, sont évidemment concernés. Enfin, au cours des mêmes années se déploie une série d'attaques contre le mouvement syndical dans le secteur public, considéré à cette époque comme la locomotive du mouvement syndical dans son ensemble (Rouillard, 2004). On vise en particulier la Fédération des Affaires sociales (de la CSN) qui se démarque par son radicalisme et sa combativité et à laquelle sont affiliés les travailleuses et travailleurs des CLSC.

Il faut souligner aussi que les CLSC étaient très «dérangeants» durant leurs premières années d'existence, y compris pour le milieu des affaires. Grâce à leur caractère démocratique et au rôle joué par l'action communautaire, plusieurs CLSC ont contribué au climat de contestation sociale que combat la classe capitaliste durant les années 1970. En fait, les CLSC des premières années sont considérés par beaucoup à l'époque comme un lieu de convergence des luttes sociales. En entretien, Claude Castonguay y voit même un des facteurs principaux expliquant la volonté de dépolitisation, le resserrement des contrôles et la redéfinition de ce modèle par le Ministère : «j'ai eu beaucoup de problèmes avec les députés qui se plaignaient que dans leur comté au lieu d'avoir un CLSC qui s'intéresse à développer des services, ils avaient des travailleurs, des animateurs sociaux qui leur faisaient la guerre, ni plus ni moins, en tous les cas, qui contestaient ce qui se faisait. [...] Alors l'idée de laisser le plus de marge possible n'a pas donné les résultats qu'on escomptait. Alors tranquillement, graduellement le Ministère, les organismes en place ont essayé de définir plus précisément ce que devrait être un CLSC et tranquillement uniformiser ce qu'ils font».⁶

Selon les personnes interviewées dans le cadre de mes recherches, plusieurs des luttes socio-politiques qui émergeaient alors des CLSC – par exemple, sur des enjeux sanitaires en lien avec la pollution industrielle, les conditions de travail ou le développement immobilier, entre autres – menaçaient directement certains intérêts du milieu des affaires. Autrement dit, si des députés ont fait pression sur le Ministère, il est probable que le milieu des affaires ait fait pression sur des députés.

Possibilités et limites

Si l'histoire du modèle initial des CLSC, abordée dans une perspective de classe, permet de jeter un éclairage inédit sur certaines particularités de l'État social québécois, elle nous conduit également à des conclusions plus générales concernant les possibilités et les limites de l'État social



cmca mmxix

dans le cadre de la société capitaliste. D'abord, cette histoire nous apprend que l'État social n'est pas simplement un outil de domination entre les mains de la classe dominante, même s'il est aussi cela. Le cas des CLSC montre en effet qu'il est possible pour les classes dominées de faire des gains sociaux réels et significatifs. Par contre, il montre aussi que dans le cadre de la société capitaliste, ces gains sont limités et précaires.

D'une part, à la lumière de la comparaison du modèle des CLSC avec celui des cliniques populaires, il devient clair que malgré son caractère progressiste, le premier ne va pas aussi loin que le second au niveau de la démocratisation et de la conception de la prévention mises en œuvre. D'autre part, la remise en question du modèle indique que la pérennité des gains sociaux dépend en fait de l'évolution du rapport de force entre les classes, dans lequel la classe capitaliste jouit d'avantages décisifs : il s'agit bien sûr de son pouvoir économique qui s'accompagne d'un pouvoir idéologique considérable, mais aussi du fait qu'elle peut compter sur le soutien actif de l'État pour assurer la préservation des intérêts qu'elle considère comme fondamentaux.

Ainsi, l'histoire du modèle initial des CLSC suggère que l'État social n'est pas un simple reflet du rapport de force entre les classes. Au Québec, le Parti québécois, qui affichait pourtant à l'époque un «préjugé favorable» aux travailleuses et travailleurs, a joué un rôle décisif dans le renversement du rapport de force en faveur de la classe capitaliste qui se produit au tournant des années 1980.⁷ En fait, partout dans le monde occidental, l'État a joué un rôle direct et actif dans ce renversement et ce, peu importe le parti au pouvoir (McNally, 2013). En cela, l'État social peut lui-même être considéré comme un État *capitaliste*.

Notes

1. Cette problématique générale et perspective de classe sont mises de l'avant dans ma thèse de doctorat (soutenue au mois de décembre 2018), dont certaines des conclusions sont présentées ici. Ces conclusions sont fondées notamment sur l'analyse de publications et documents produits par des centrales syndicales, cliniques populaires et regroupements d'affaires, entre autres, ainsi que sur 19 entrevues semi-dirigées conduites auprès d'actrices et d'acteurs-clé ayant participé à l'implantation des premiers CLSC. (Plourde, 2018).
2. Résistance assumée par la *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* (FMOQ, 2014).
3. Modèle conçu en 1970 par la *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* (Commission Castonguay-Nepveu) et implanté en 1971 par le ministère des Affaires sociales.

4. Si la bureaucratisation des établissements socio-sanitaires ne correspond pas aux préférences du milieu des affaires, celui-ci se positionne historiquement à plusieurs reprises contre la participation populaire à la gestion des établissements publics et pour une professionnalisation de leur gestion (nous y reviendrons).

5. Voir, par exemple, *Chambre de commerce de la province de Québec* (1973; 1974).

6. Entretien réalisé le 15 juin 2015 avec Claude Castonguay, ancien président de la Commission Castonguay-Nepveu (1966-1970), ancien ministre des Affaires sociales (1970-1973) et responsable de la création des CLSC.

7. Notamment, les décrets imposant au début des années 1980 des reculs sans précédent aux salaires et conditions de travail dans le secteur public ont contribué de manière cruciale à briser la combativité de celles et ceux qui constituaient à l'époque la locomotive du mouvement syndical québécois (Rouillard, 2004).

Références

- Bozzini, Luciano (1988), «Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec : Description, Evaluation, Perspectives», *Journal of Public Health Policy*, 9(3), p. 346-375.
- Chambre de commerce de la province du Québec (1974), «Dans son mémoire annuel au premier ministre Bourassa : La Chambre de Commerce se fait le critique financier du gouvernement», *Action*, 1(5), p. 3.
- Chambre de commerce de la province du Québec (1973), *Mémoire annuel soumis au premier ministre de la province de Québec l'Honorable Robert Bourassa, aux membres du Conseil exécutif et de l'Assemblée nationale par la Chambre de commerce de la province de Québec*, Montréal, Chambre de commerce de la province du Québec.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1970), *La santé. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume IV, tomes 1 à 4, Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.
- Confédération des syndicats nationaux, Fédération des travailleurs du Québec et Union catholique des cultivateurs (1966), *Un mémoire sur l'assurance-maladie. Mémoire présenté au Comité conjoint sur l'assurance-maladie de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.
- Desrosiers, Georges et Benoît Gaumer (2004), «L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau», *Ruptures*, 10(1), p. 52-70.
- Duménil, Gérard et Dominique Lévy (2000), *Crise et sortie de crise. Ordre et désordres néolibéraux*, Paris, Presses universitaires de France.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2014), «Le projet 'Objectif 73'», *Le médecin du Québec*, 49(4), p. 16.
- Fleury, Marie-Josée et Benoît Gaumer (2007), «La gouvernance du système socio-sanitaire au Québec : un parcours historique», in Marie-Josée Fleury, Mireille Tremblay, Hung Nguyen et Luc Bor-

- deleau (dir.), *Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Éditions de la Chenelière, p. 3-21.
- Forget, Claude (1975), *Centre locaux de services communautaires : orientations*, Discours prononcé par le ministre des Affaires sociales, M. Claude E. Forget, au congrès de fondation de la Fédération des centres locaux de services communautaires (Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec).
- Harvey, David (2005), *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford, Oxford University Press.
- Jetté, Christian (2008), *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Korpi, Walter (2002), «The Great Trough in Unemployment: A Long-Term View of Unemployment, Inflation, Strikes, and the Profit/Wage Ratio», *Politics & Society*, 30(3), p. 365-426.
- Lafrance, Xavier (2007), *Class Struggle and the Economic Downturn of the 1970s in the West* (Major Research Paper, unpublished), York University.
- Lesemann, Frédéric (1981), *Du pain et des services*, Laval, Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- McNally, David (2013), *Panne globale. Crise, austérité et résistance*, Montréal, Écosociété.
- Navarro, Vicente (1976), *Medicine Under Capitalism*, New York, Prodist.
- Plourde, Anne (2018), *État-providence et système socio-sanitaire au Québec. Les CLSC comme étude de cas d'une analyse matérialiste et dialectique de l'État démocratique dans la société capitaliste* (Thèse de doctorat), UQAM.
- Plourde, Anne (2016), «La santé communautaire à la lumière du modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles», in Valérie Desgroseiller, Nicolas Vonarx, Anne Guichard et Bernard Roy (dir.), *La santé communautaire en quatre actes. Repères, acteurs démarches et défis*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 24-28.
- Plourde, Anne (2014), «Santé et capitalisme : ce que nous apprend le cas des CLSC», *Nouveaux cahiers du socialisme*, (12), p. 128-139.
- Québec, ministère des Affaires sociales (1981, avril), *Le réseau des CLSC au Québec. Un parachèvement qui s'impose*.
- Québec, ministère des Affaires sociales (1972a), *Politique en matière de santé du MAS. Document de travail du MAS*.
- Québec, ministère des Affaires sociales (1972b), *Les Centres locaux de services communautaires*.
- Rouillard, Jacques (2004), *Le syndicalisme québécois. Deux siècles d'histoire*, Montréal, Boréal.

