

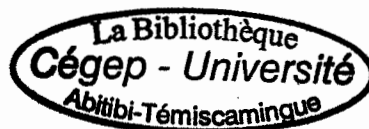
Jean Turgeon

**UNE ANALYSE STRUCTURALE
D'UN PROCESSUS DE REGIONALISATION:
LES CONSEILS DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DU QUEBEC
(1971 – 1988)**

Thèse
présentée
à l'Ecole des gradués
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)

**FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITE LAVAL
QUEBEC**

Janvier 1989



droits réservés de Jean Turgeon 1989



Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

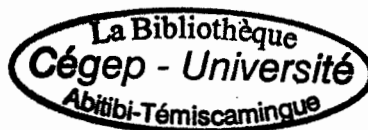
Jean Turgeon

**UNE ANALYSE STRUCTURALE
D'UN PROCESSUS DE REGIONALISATION:
LES CONSEILS DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
DU QUEBEC
(1971 – 1988)**

Thèse
présentée
à l'Ecole des gradués
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)

**FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITE LAVAL
QUEBEC**

Janvier 1989



droits réservés de Jean Turgeon 1989

Turgeon, Jean, Une analyse structurale d'un processus de régionalisation: les conseils de la santé et des services sociaux du Québec (CRSSS) (1971-1988), Thèse de doctorat, Ste-Foy, Université Laval, Faculté des sciences sociales, Janvier 1989, 255 p.

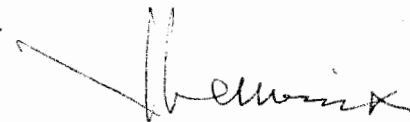
La thèse veut vérifier une théorie prédictive du politique selon laquelle les acteurs (individus ou organisations), compte tenu qu'ils sont de puissances différentes, recherchent des formes particulières pour l'ensemble des relations de pouvoir les reliant. Ces formes (hiérarchique, coarçhique, etc) varieraient également selon la nature du substrat en jeu (information, ressources, postes).

A cette fin, les textes gouvernementaux édictés par le Québec entre 1971 et 1987 pour régionaliser une partie du domaine de la santé et des services sociaux ont été examinés de même que les travaux de deux commissions d'enquête. Les perceptions de directeurs généraux d'établissements et de CRSSS ont été également étudiées.

La valeur prédictive de la théorie structurale a été partiellement confirmée. La thèse en propose un raffinement permettant de mieux prendre en compte à la fois la spécification de l'acteur et de l'échelon (régional, national, etc) où il se situe.



Jean Turgeon



Vincent Lemieux
Directeur de thèse

RESUME

La thèse veut vérifier une théorie prédictive du politique selon laquelle les acteurs (individus ou organisations), compte tenu qu'ils sont de puissances différentes, recherchent des formes particulières pour l'ensemble des relations de pouvoir les reliant. Ces formes (hiérarchique, coarchique, etc) varieraient également selon la nature du substrat en jeu.

A cette fin, les mandats contenus dans les textes gouvernementaux édictés par le Québec entre 1971 et 1987 pour décentraliser une partie du domaine de la santé et des services sociaux, de même que les recommandations de deux commissions d'enquête, ont été analysés. Ils ont été classés selon le substrat auquel ils réfèrent. Un ordre logique est postulé allant des substrats les moins déterminants en termes de contrôle vers les plus déterminants: l'information circulante non-finalisante; les ressources humaines, matérielles et les services; les ressources monétaires; les postes (organisations) eux-mêmes; l'information structurante. La formalisation, pour chacun des niveaux de substrat, s'effectue au moyen de la théorie des graphes.

Egalement, les perceptions de directeurs généraux d'établissements et de CRSSS quant au CRSSS idéal ont été relevées lors d'entrevues menées en 1984-1985. Elles ont fait l'objet d'une analyse structurale.

L'examen auquel ont été soumis les mandats confiés aux CRSSS depuis 1971 permet de conclure que la forme (hiérarchique) du système socio-sanitaire définie par les textes gouvernementaux, va très peu dans le sens de la décentralisation, du moins relativement aux niveaux de substrat les plus déterminants. Il en va de même des recommandations des deux commissions d'enquête. Cela vérifie la théorie à l'étude selon laquelle les acteurs les plus puissants recherchent une forme hiérarchique des relations de contrôle, du moins des plus déterminantes d'entre elles.

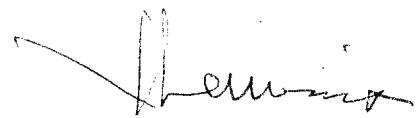
La théorie est également vérifiée en ce qui concerne la forme des relations de contrôle (coarchique) correspondant généralement à la perception des directeurs généraux d'établissements.

Toutefois les résultats semblent vouloir infirmer l'énoncé selon lequel les acteurs dont la puissance est moyenne (CRSSS) chercheraient à établir une structuration stratarchique des relations de contrôle. En effet, la majorité des directeurs généraux de CRSSS privilégient, du moins pour le CRSSS idéal, une structuration coarchique ou hiérarchique de ces relations.

La valeur prédictive de la théorie structurale a été partiellement confirmée. La thèse en propose un raffinement permettant de mieux prendre en compte à la fois la spécification de l'acteur et de l'échelon (régional, national, etc) où il se situe.



Jean Turgeon



Vincent Lemieux
Directeur de thèse

NOTE

Le masculin employé dans les textes du présent document comporte aussi le féminin et n'est employé que par souci de concision et de clarté de l'écrit, et sans aucun préjudice, ni exclusion de l'autre forme, le féminin.

AVANT-PROPOS

Une thèse de doctorat terminée, c'est un peu comme un mirage qui, un jour, deviendrait réalité. Auparavant, il aurait pris successivement plusieurs formes qui se seraient avérées trop imprécises pour se matérialiser.

J'ai commencé à apercevoir ce mirage il y a maintenant près de dix ans, en lisant les travaux que M. Vincent Lemieux venait de publier dans un volume intitulé Les cheminements de l'influence. J'étais loin de me douter cependant qu'il s'écoulerait un tel laps de temps entre ce moment et celui où j'écrirais ces lignes.

Durant cette période, plusieurs personnes m'ont soutenu. Il me faut en premier lieu remercier M. Lemieux qui a accepté sans hésitation la direction de ma thèse. J'ai éprouvé beaucoup de plaisir à travailler avec lui, et ce dès 1978 dans le cadre d'une recherche sur...les CLSC. C'est avant tout grâce à ses encouragements, sa très grande disponibilité, la pertinence de ses remarques et la manière dont il a dirigé mes travaux qu'ils ont pu être menés à terme.

Les commentaires des membres de mon comité d'examen de synthèse de même que ceux fournis lors de la pré-lecture par le professeur Jean-Louis Gendron de l'École de Service social de l'université Laval m'ont été précieux et je leur en sais gré.

Je tiens aussi à remercier les gestionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'octroi, en 1988, d'un congé de six mois pendant lequel j'ai pu (enfin) réaliser la première version de cette thèse.

Je me dois également de souligner le support et la grande compréhension que m'a apporté mon épouse, Francine: elle m'a permis de concilier études doctorales, travail et vie familiale.

Egalement, il me faut rappeler l'appui de plusieurs collègues de travail, tant au Ministère qu'au Département de santé communautaire du centre hospitalier de l'université Laval, collègues qui ont enrichi de leurs commentaires les différentes versions de cette recherche.

Enfin comment oublier ceux et celles qui, tant au Ministère que dans les conseils régionaux, les établissements et autres organismes rencontrés, ont participé à une étape ou l'autre de mes travaux. Qu'ils en soient tous et toutes remerciés.

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
AVANT-PROPOS.....	i
TABLE DES MATIERES.....	ii
LISTE DES SIGLES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES MULTIGRAPHERS.....	xiii
LISTE DES SCHEMAS.....	xiv
<hr/>	
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I	
CHAPITRE 1 LE CADRE THEORIQUE.....	6
1.1 Les organisations comme sujet de recherche.....	7
1.1.1 Un premier courant d'étude des organisations: des recherches prescriptives qui traduisent un intérêt d'optimisation des ressources.....	10
1.1.2 La dimension plus politique des organisations.	14
1.2 Le pouvoir.....	16
1.2.1 Le pouvoir: un attribut des acteurs.....	16
1.2.2 Le pouvoir: une relation.....	17
1.3 Les analyses systémique, cybernétique, stratégique et structurale.....	20
1.3.1 L'analyse systémique.....	21
1.3.2 L'analyse cybernétique.....	22
1.3.3 L'analyse stratégique.....	24
1.3.4 Structuralisme et analyse structurale.....	27

	<u>Page</u>
1.4 Décentralisation: la théorie juridico-administrative	33
1.4.1 Administration générale et administration publique.....	34
1.4.2 Types de décentralisation.....	36
1.4.3 La déconcentration.....	40
1.4.4 La régionalisation.....	42
1.4.5 Où se situent les conseils régionaux?.....	43
1.5 Une analyse structurale de la décentralisation.....	43
1.6 L'hypothèse à vérifier.....	47
CHAPITRE 2 LES CRSSS COMME ORGANISMES DECENTRALISES: UNE REVUE DE LA LITTERATURE.....	49
2.1 Les CRSSS comme gardiens de la rationalité administrative.....	51
2.1.1 Les travaux scientifiques.....	51
2.1.2 Les études ministérielles.....	56
2.2 Une analyse juridique de la décentralisation vers les conseils régionaux.....	56
2.2.1 Le déplacement de la courbe.....	57
2.2.2 D'où provient l'accroissement de leur pouvoir.	58
2.2.3 Organismes autonomes ou mandataires du Ministère?.....	58
2.3 Les CRSSS comme instrument politique.....	59
2.3.1 Une analyse politique des CRSSS.....	59
2.3.2 Les travaux de Frédéric Lesemann.....	64
2.3.3 Les travaux de Marc Renaud.....	64
2.4 Conclusion.....	65
CHAPITRE 3 METHODOLOGIE.....	68
3.1 Recension et analyse des ordres conçus.....	69
3.1.1 Démarche méthodologique générale.....	69
3.1.2 Règles concernant la recension des ordres conçus de nature institutionnelle.....	70
3.1.3 Validation de la grille d'analyse.....	71
3.2 Perception du CRSSS idéal.....	74

PARTIE II

CHAPITRE 4 DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE A L'ADOPTION DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX....	78
4.1 La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être	79
4.1.1 La santé.....	79
4.1.2 Les services sociaux.....	82
4.1.3 L'analyse structurale des travaux de la Commission.....	83
4.2 La Loi sur les services de santé et les services sociaux.....	90
4.2.1 La première version du projet de Loi 65 (1971)	90
4.2.2 La Loi sur les services de santé et les services sociaux.....	91
4.2.3 Analyse structurale de la loi.....	93
CHAPITRE 5 1972-1981: UNE STRATEGIE DE DECENTRALISATION EXPERIMENTALE ET EVOLUTIVE.....	99
5.1 Les premières années des CRSSS: 1972-1977.....	100
5.1.1 Des débuts timides.....	100
5.1.2 Analyse de la période 1972-1977.....	103
5.2 Des suites concrètes au coup d'envoi de 1977: la période 1978-1981.....	112
5.2.1 Les projets de Loi 10 (1977) et 103 (1978)....	112
5.2.2 L'année 1979: une année importante pour les CRSSS.....	125
5.2.3 1980: Un document ministériel de consultation sur la décentralisation administrative et des expériences-pilotes.....	126
5.2.4 1981: Quand les compressions budgétaires font prendre de l'expansion au rôle des CRSSS.....	127
5.2.5 Analyse de la période 1978-1981.....	129
CHAPITRE 6 DU PROJET DE LOI 27 AU 31 DECEMBRE 1987.....	137
6.1 La Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux.	138
6.1.1 La naissance de la Loi 27.....	138
6.1.2 Analyse des mandats contenus dans la Loi 27...	139

	<u>page</u>
6.2 La période 1982-1987.....	144
6.2.1 Au fil des mandats.....	144
6.2.2 Analyse des mandats de la période 1982-1987...	152
CHAPITRE 7 LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX RELATIVEMENT A L'ECHELON REGIONAL.....	162
7.1 Ce que propose la Commission.....	163
7.2 L'analyse du projet de la Commission.....	166
7.2.1 L'analyse selon les niveaux de substrat.....	166
7.2.2 L'analyse structurale des recommandations de la Commission.....	170
CHAPITRE 8 1971-1988: UNE SYNTHESE.....	181
8.1 Relations de contrôle entre les postes et positions relatives entre eux.....	182
8.2 Formes de la structure du système de la santé et des services sociaux selon les niveaux de substrat.....	193
CHAPITRE 9 PERCEPTION DE DIRECTEURS GENERAUX D'ETABLISSEMENTS ET DE CRSSS FACE AU CRSSS IDEAL.....	196
9.1 Le CRSSS idéal en 1984-1985 selon les permanents rencontrés dans chacune des régions du Québec.....	197
9.1.1 Le CRSSS "A".....	197
9.1.2 Le CRSSS "B".....	198
9.1.3 Le CRSSS "C".....	198
9.1.4 Le CRSSS "D".....	199
9.1.5 Le CRSSS "E".....	199
9.1.6 Le CRSSS "F".....	199
9.1.7 Le CRSSS "G".....	200
9.1.8 Le CRSSS "H".....	200
9.1.9 Le CRSSS "I".....	201
9.1.10 Le CRSSS "J".....	201
9.1.11 Le CRSSS "K".....	201
9.2 Une analyse structurale des préférences de certains directeurs généraux de CRSSS et d'établissements....	202

	<u>page</u>
9.3 Une typologie du CRSSS idéal.....	205
9.3.1 Le lieutenant autocrate.....	206
9.3.2 Le lieutenant démocrate.....	208
9.3.3 L'allié des établissements.....	208
9.3.4 L'allié de la région.....	209
 DISCUSSION GENERALE	
CHAPITRE 10.....	211
10.1 Vérification de la loi structurale.....	212
10.1.1 Les acteurs les plus puissants.....	213
10.1.2 Les acteurs de puissance moyenne.....	215
10.1.3 Les acteurs de faible puissance.....	217
10.1.4 Les deux commissions d'enquête.....	218
10.2 Les limites actuelles de la théorie structurale....	218
10.2.1 La puissance des acteurs.....	219
10.2.2 La non-spécification de l'échelon où s'appli- que la théorie.....	219
10.3 Raffinement de la théorie structurale.....	220
10.3.1 Une plus grande spécification des acteurs....	220
10.3.2 Equilibre local, régional et global.....	222
10.4 Reformulation de la loi du jeu politique.....	222
CONCLUSION.....	226
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	231

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Première validation de la grille d'analyse.....	240
Annexe 2 Résultats de la première validation.....	248
Annexe 3 Documents envoyés lors de la seconde validation	249
Annexe 4 Résultats de la deuxième validation.....	255

LISTE DES SIGLES

CAH	: Centre d'accueil d'hébergement
CAR	: Centre d'accueil de réadaptation
CH	: Centre hospitalier
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CLS	: Centre local de santé
CLSC	: Centre local de services communautaires
CLSS	: Centre local de services sociaux
CRS	: Conseil régional de la santé
CRSS	: Conseil régional des services sociaux
CRSSS	: Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS	: Centre des services sociaux
DSC	: Département de santé communautaire
FMOQ	: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	: Fédération des médecins spécialistes du Québec
MAS	: Ministère des Affaires sociales du Québec
MSSS	: Ministère de la Santé et des Services sociaux
ORS	: Office régional de la santé
ORSS	: Office régional des services sociaux
RAMQ	: Régie de l'assurance-maladie du Québec
RSSS	: Régie de la santé et des services sociaux

LISTE DES SIGLES UTILISES
DANS LES MULTIGRAPHES

CAHB	: Centre d'accueil d'hébergement
CARD	: Centre d'accueil de réadaptation
CDUT	: Conseil du trésor
CHGE	: Centre hospitalier de soins généraux
CHUS	: Centre hospitalier universitaire
CLSC	: Centre local de santé communautaire
COSS	: Conférence régionale des établissements de services sociaux
CRSA	: Conseil régional de la santé
CRSS	: Conseil régional des services sociaux
CSSO	: Centre de services sociaux
CSSS	: Conseil régional de la santé et des services sociaux
DSCO	: Département de santé communautaire
ETSA	: Etablissements de santé
ETSS	: Etablissements de services sociaux
GVTQ	: Gouvernement du Québec
MASS	: Ministère des Affaires sociales (1971-1985) Ministère de la Santé et des Services sociaux
MEDS	: Médecins
MIBS	: Ministère du Bien-être social et de la Famille
MISA	: Ministère de la Santé
OASS	: Organismes et associations oeuvrant dans le domaine social

ORAS : Office régional des affaires sociales
ORCO : Organismes communautaires
ORSA : Office régional de la santé
ORSS : Office régional des services sociaux
POPU : Population
RSSS : Régie régionale de la santé et des services
sociaux
SAMB : Services ambulanciers

LISTE DES TABLEAUX

	<u>page</u>
Tableau 1. Exemples d'activités de pression, de gestion et de commandement.....	19
Tableau 2. Les différents types de décentralisation....	39
Tableau 3. Les différents types de déconcentration.....	41
Tableau 4. Grille d'analyse montrant l'importance relative des substrats.....	45
Tableau 5. Les mandats dévolus aux offices régionaux de la santé (ORSA) dans le Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970.....	81
Tableau 6. Les mandats dévolus aux offices régionaux des services sociaux (ORSS) dans le Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1972.....	84
Tableau 7. Mandats dévolus aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) tels qu'énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Loi 65 (1971)	92
Tableau 8. Principaux mandats confiés aux CRSSS par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, 1972-1977....	104
Tableau 9. Importance relative des principaux mandats confiés aux CRSSS, 1972-1977.....	107
Tableau 10. Principaux mandats confiés aux CRSSS par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978-1981.....	113
Tableau 11. Importance relative des principaux mandats confiés aux CRSSS, 1978-1981.....	130
Tableau 12. Mandats dévolus aux CRSSS tels qu'énoncés dans la Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, Loi 27 (1981).....	140

	<u>page</u>
Tableau 13. Principaux mandats confiés aux CRSSS par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1982-1987.....	145
Tableau 14. Importance relative des principaux mandats confiés aux CRSSS, 1982-1987.....	153
Tableau 15. Les mandats dévolus aux régies régionales de la santé et des services sociaux (RSSS) dans le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988.....	167
Tableau 16. Matrice des interconnexions entre les différents postes, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1966-1973.....	184
Tableau 17. Matrice des interconnexions entre les différents postes, Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1971.....	185
Tableau 18. Matrice des interconnexions entre les différents postes, la période 1972-1977.....	185
Tableau 19. Matrice des interconnexions entre les différents postes, la période 1978-1981.....	187
Tableau 20. Matrice des interconnexions entre les différents postes, la Loi 27 (1981).....	187
Tableau 21. Matrice des interconnexions entre les différents postes, la période 1982-1987.....	190
Tableau 22. Matrice des interconnexions entre les différents postes, recommandations du Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988.....	191
Tableau 23. Les différentes formes du système socio-sanitaire provincial, par niveau de substrat et période, pour l'ensemble des relations de contrôle.....	194
Tableau 24. Les différentes formes du système socio-sanitaire régional, par niveau de substrat et période, pour l'ensemble des relations de contrôle.....	194

	<u>page</u>
Tableau 25. Vérification de la théorie structurale selon les différentes formes, par niveau de substrat et période, pour l'ensemble des relations de contrôle.....	214
Tableau 26. Les préférences des acteurs de puissance moyenne et faible: prévision de la loi et résultats de la recherche.....	216

LISTE DES MULTIGRAPHES

	<u>page</u>
Multigraphes/ série 1. Le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1966-1973.....	85
Multigraphes/ série 2. La Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1971.....	94
Multigraphes/ série 3. La période 1972-1977.....	108
Multigraphes/ série 4. La période 1978-1981.....	132
Multigraphes/ série 5. La Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, 1981.....	142
Multigraphes/ série 6. La période 1982-1987.....	156
Multigraphes/ série 7. Le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1985-1988.....	171
Multigraphes/ série 8. Préférences face au conseil régional idéal selon certains permanents de CRSSS et d'établissements, par région, 1984-1985	203

LISTE DES SCHEMAS

	<u>page</u>
Schéma 1. Les quatre grands paradigmes en sociologie selon Burrell et Morgan.....	9
Schéma 2. Exemples des quatre types de structuration du pouvoir.....	32
Schéma 3. Quatre types de CRSSS idéal selon certains permanents de CRSSS et d'établissements, par région, 1984-1985.....	207

INTRODUCTION

La thèse a pour but de vérifier, à l'aide d'une étude empirique et qualitative, une théorie du politique s'appuyant elle-même sur la recherche fondamentale. Elle relève dans son ensemble de l'analyse politique puisqu'elle est avant tout axée sur l'étude des phénomènes de pouvoirs.

La loi structurale proposée initialement par Lemieux se présente comme suit:

"(...) les acteurs les plus puissants tendent à la hiérarchie, tout en préférant la stratarchie à la coarchie; les acteurs dont la puissance est moyenne tendent à la stratarchie, tout en préférant l'anarchie à la hiérarchie, et les acteurs les moins puissants tendent à la coarchie, tout en préférant la hiérarchie ou même l'anarchie à la stratarchie (Lemieux 1979a: 161-162)."

Par la suite, ce premier énoncé de la loi a été complété pour inclure l'idée que les préférences des acteurs, eu égard aux différentes structurations possibles des connexions de contrôle, peuvent être relativisées selon l'importance de ces relations:

"L'acteur le plus puissant chercherait à établir ou à maintenir une structuration hiérarchique des connexions de contrôle ou, du moins, des plus déterminantes d'entre elles, de façon à ce que les autres acteurs soient contrôlés par lui tout en ne pouvant se contrôler l'un l'autre. Les acteurs les moins puissants, pour leur part, chercheraient plutôt à établir une structuration coarchique des connexions de contrôle, où chaque acteur puisse contrôler chacun des autres, de façon directe ou indirecte. (...) Quant aux acteurs dont la puissance est moyenne, (...) ils tendraient plutôt à une structuration intermédiaire, dite stratarchique, où tout en étant dominés par le centre, ils dominent les acteurs moins puissants. (Lemieux, Turgeon 1980: 695-696)."

Ces deux propositions complémentaires représentent pour nous la théorie politique à vérifier. Il s'agit donc de voir si, une fois instauré le jeu de la centralisation et de la décentralisation, cette loi structurale du politique détermine, en partie tout au moins, l'action des protagonistes.

Cette vérification de la théorie s'effectue sur trois fronts. Tout d'abord, par l'étude de ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qualifie de processus de décentralisation vers les conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux (CRSSS) du Québec, de leur création en 1971 jusqu'en décembre 1987. Onze des

treize CRSSS feront l'objet de cette recherche. Ceux des régions 10A (Kativik) et 10B (Conseil Cri) ne sont pas retenus, compte tenu de leur caractère très différent. Ils sont situés dans des centres hospitaliers et desservent des populations autochtones de quelques milliers de personnes seulement. Le second front aborde l'inventaire et l'analyse des recommandations de deux commissions d'enquête relativement à la décentralisation. Enfin, la perception face au CRSSS idéal d'acteurs moins centraux, à savoir des directeurs généraux d'établissements et de CRSSS, a été analysée.

Le corps de la thèse se divise en deux parties contenant chacune un nombre inégal de chapitres. Une discussion générale et une courte conclusion leur succèdent. La première partie comprend les trois premiers chapitres.

Le chapitre premier aborde le cadre théorique. Il indique tout d'abord brièvement où se situe le propos de la thèse par rapport aux grands courants de recherche portant sur l'étude des organisations. Nous nous penchons ensuite sur la notion de pouvoir, à la fois comme attribut des acteurs et relation. Quatre types d'approches sont ensuite passés en revue: systémique, cybernétique, stratégique et structurale. La connaissance des trois premières est essentielle à celle de l'approche structurale puisque, comme nous le verrons, celle-ci dérive dans une large mesure de celles-là. Tout au long de la thèse, nous miserons sur l'analyse structurale comme moyen de vérification de la théorie. Nous nous intéressons plus particulièrement à la forme (connexions de contrôle) du système à l'étude et à sa substance (types de connexions). Enfin ce chapitre approfondit le concept de décentralisation. A une approche juridico-administrative où la décentralisation est vue davantage à travers un prisme juridique, sera préférée une approche plus politique, envisageant cette fois la décentralisation comme un processus relationnel dynamique, un continuum à plusieurs niveaux sur lequel une organisation se situe et évolue dans le temps.

Le second chapitre effectue une revue de la littérature sur les CRSSS comme organismes décentralisés. Il s'agit ici de démontrer l'originalité de notre approche par rapport aux approches retrouvées dans la littérature scientifique à ce sujet.

Enfin le troisième aborde les aspects méthodologiques. Nous indiquons comment ont été effectuées la collecte, la validation et l'analyse des données que nous retrouvons dans la partie suivante.

La seconde partie de la thèse débute avec l'inventaire et l'analyse des propositions émises en regard de la décentralisation et de la régionalisation au début des

années 70 par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1966-1973). Les principaux mandats confiés entre 1971 et 1988 aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) par le législateur et le ministère des Affaires sociales (ancienne appellation de l'actuel ministère de la Santé et des Services sociaux) font également l'objet de l'analyse. Notre quête d'informations nous conduira de fil en aiguille, ou plus précisément de propositions en lois, décrets et règlements, aux travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1985-1988) et à l'étude de ses recommandations relativement à la création de régies régionales de la Santé et des Services sociaux en remplacement des CRSSS. Il s'agit d'examiner si la structuration des relations de contrôle varie selon différents substrats (types de contrôle) qui auront été préalablement identifiés. Les chapitres quatre à huit seront consacrés à cet examen.

Nous avons également voulu connaître et analyser les préférences de certains acteurs moins "centraux" quant au conseil régional idéal. Pour ce faire, certains résultats inédits d'une enquête sur la perception des CRSSS (Bhérier 1986) à laquelle nous avons étroitement collaboré, ont été utilisés. Les points de vue de permanents d'établissements et de conseils régionaux feront ainsi l'objet d'une analyse structurale. C'est là l'objet du chapitre neuf qui vient clore la seconde partie de la thèse.

La discussion générale aborde tout d'abord la vérification de la loi structurale à partir des résultats d'analyse de la seconde partie de la thèse. Elle propose ensuite, à titre d'hypothèse, un raffinement de cette loi. Par la suite les limites de la démarche de même que certaines pistes prometteuses qu'elle ouvre ou élargit pour la recherche sur les organisations seront abordées en conclusion.

PARTIE I

CHAPITRE 1
LE CADRE THEORIQUE

Premièrement, il convient de se demander en quoi les organisations, plus spécifiquement celles relevant de l'administration privée ou publique, constituent un champ de recherche intéressant pour la science politique.

Pour ce faire, l'ensemble des travaux portant sur l'analyse organisationnelle ou les grands paradigmes sociologiques ne seront pas abordés: d'autres l'on fait de manière fort complète (entre autres Burrell et Morgan 1979; Morgan 1984). Il s'agit plus simplement de démontrer, à titre d'essai, que peu importe le paradigme où ils se situent, ces travaux peuvent être regroupés en deux grandes "classes": des recherches prescriptives qui traduisent davantage un intérêt d'optimisation des ressources; des recherches "d'observation", dont l'objectif est plutôt de mieux connaître le fonctionnement de l'organisation sans vouloir nécessairement la modifier. Nous indiquerons également, en référence au modèle de Burrell et Morgan, à l'intérieur de quelle paradigme se situe notre démarche.

En second lieu, compte tenu du fait que l'étude du pouvoir est, selon nous, ce qui distingue surtout l'analyse politique des analyses culturelle, économique ou sociale, il faut indiquer ce que nous retenons comme définition du pouvoir. Il faut également décrire l'approche structurale utilisée tout au long de la thèse et exposer brièvement les approches (systémique, cybernétique, stratégique) auxquelles elle fait largement référence.

Troisièmement, la notion de décentralisation sera abordée, en distinguant deux types d'approches: juridico-administrative d'une part et structurale d'autre part. L'hypothèse à vérifier sera ensuite présentée pour conclure ce premier chapitre.

1.1 Les organisations comme sujet de recherche

Sans emprunter tous les méandres qui font passer de l'alpha à l'oméga l'histoire de la sociologie, nous aimerions situer le propos de cette recherche à l'intérieur des grands courants sociologiques. L'objectif n'est pas ici de proposer un classement de ces courants: L'humilité et un sain réalisme font plutôt opter pour l'emprunt d'un cadre général à deux auteurs qui ont mis, comme ils l'indiquent en introduction à leurs travaux, plus de deux ans à sa réalisation. Burrell et Morgan (1979) proposent de regrouper les différentes théories sociologiques à l'intérieur de quatre grands paradigmes, en se servant de deux dimensions: le débat objectivité-subjectivité d'une part, le couple régulation-changement radical d'autre part. Cela donne une

grille (schéma 1) qui, malgré certaines limites, permet une vision globale et intéressante des grands paradigmes en sociologie.

Les quatre grands paradigmes retenus sont donc les suivants: la sociologie fonctionnaliste, la sociologie interprétative, l'humanisme radical et le structuralisme radical. Ces quatre paradigmes sont mutuellement exclusifs (Burrell et Morgan 1979: 25). Un même auteur peut être rattaché à plus d'un paradigme. C'est le cas par exemple de Max Weber, mais de manière séquentielle dans le temps et pour des travaux différents.

Les organisations des administrations publiques et privées ont été étudiées à l'intérieur de chacun de ces paradigmes. Toutefois la sociologie fonctionnaliste regroupe la très vaste majorité des travaux ayant abordé ce type d'organisation. Nous allons maintenant passer très rapidement en revue chacun de ces paradigmes en terminant par celui auquel nous nous rattachons.

Le paradigme interprétatif, tel que décrit par Burrell et Morgan, tente de comprendre et d'expliquer le monde social en se fondant d'abord sur le point de vue des acteurs directement impliqués dans le processus social. Il prend ses origines dans le courant de l'idéalisme germanique que nous pourrions relier aux travaux d'Emmanuel Kant (1724-1804).

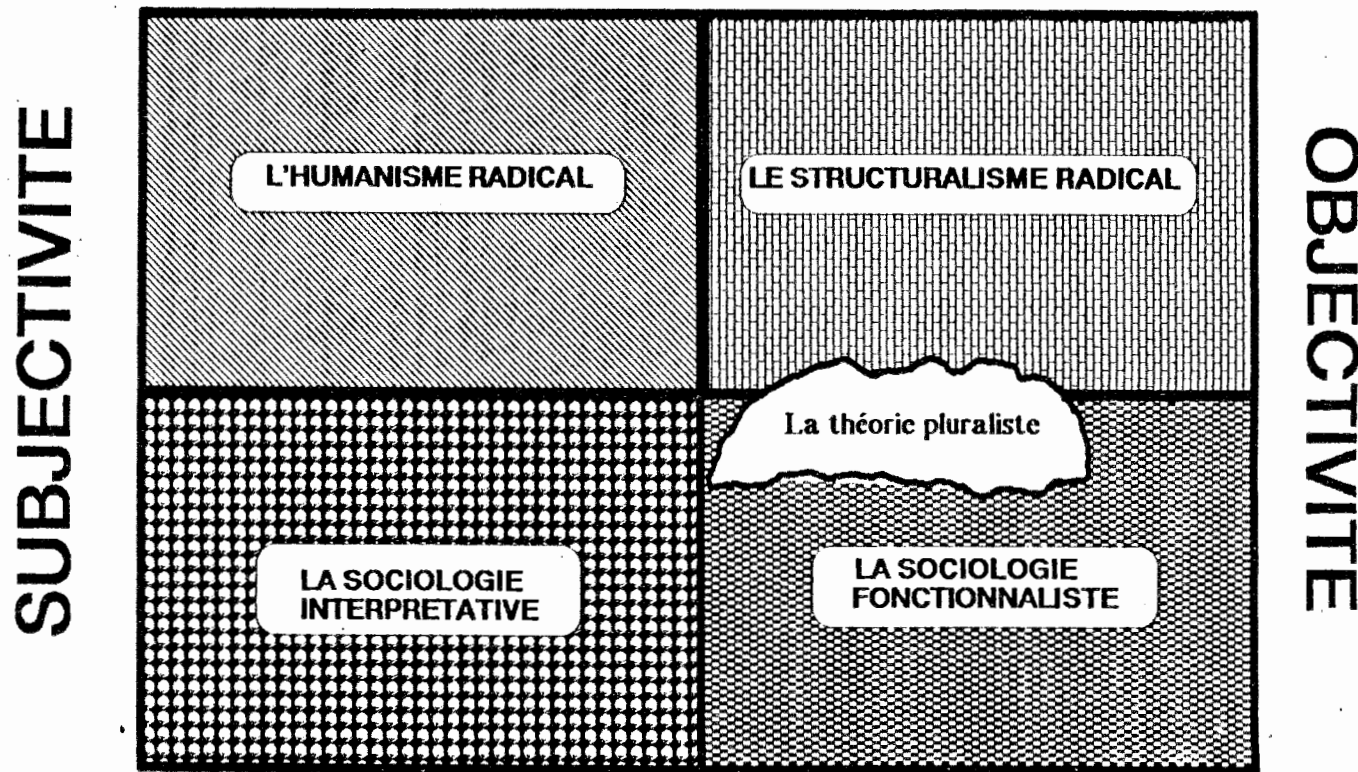
Le paradigme de l'humanisme radical trouve également ses origines du côté de l'idéalisme germanique et de la notion kantienne selon laquelle la réalité ultime de l'univers est spirituelle plutôt que matérielle. Nous pouvons rattacher le nom d'Hegel (1770-1831) au développement de ce paradigme. Il se différencie du premier par le fait que ses tenants critiquent et dénoncent ce qu'ils considèrent comme l'état d'aliénation dans lequel se trouve l'individu.

A l'inverse de l'humanisme radical, le structuralisme radical pose que la réalité ultime de l'univers est matérielle plutôt que spirituelle. Le monde social est considéré comme ayant son existence propre. Les auteurs que Burrell et Morgan y rattachent recherchent des patterns et des régularités qui caractériseraient le monde social. Karl Marx (1818-1883) représente le père de ce paradigme où il ne faut pas seulement comprendre le monde mais également tenter de le modifier.

Certains éléments de la sociologie fonctionnaliste remontent aussi loin que la Grèce ancienne. Toutefois Burrell et Morgan, de même que d'autres auteurs, identifient son point de départ aux travaux d'Auguste Comte (1798-1857). Selon Burrell et Morgan:

Schéma 1. Les quatre grands paradigmes en sociologie selon Burrell et Morgan⁽¹⁾.

LA SOCIOLOGIE DU CHANGEMENT RADICAL



LA SOCIOLOGIE DE LA REGULATION

⁽¹⁾ Adapté de Burrell G., Morgan G., Sociological Paradigms and Organisational Analysis, London, Heinemann, 1979.

"It represents a perspective which is firmly rooted in the sociology of regulation and approaches its subject matter from an objectivist point of view.(...) In its overall approach, it seeks to provided essentially rational explanation of social affairs (Burrell et Morgan 1979: 25-26)."

C'est à l'intérieur de ce paradigme, au demeurant fort vaste, que se situe le propos de notre recherche. Il est temps maintenant de remercier Burrell et Morgan pour leur contribution à nos travaux et de proposer nos propres regroupements de quelques-uns des principaux auteurs oeuvrant à l'intérieur de ce paradigme. Il est ainsi suggéré, à titre d'essai et en étant bien conscient de la dimension caricaturale de notre tentative, de classer de manière dichotomique les auteurs selon la "finalité fondamentale" (voir la définition de Walliser à la section 1.5) de leurs travaux. Nous supposons deux finalités fondamentales: la prescription et l'observation.

La première révèle des auteurs ayant davantage une approche managériale et pour qui l'observation n'est souvent qu'un moyen d'en arriver à une prescription. Ils sous-estiment ou ignorent simplement le rôle des conflits, du pouvoir et des intérêts divergents dans les organisations. Lorsqu'elles sont abordées, ces notions sont souvent vues comme des déviations compromettant la rationalité organisationnelle, déviations qu'il faut corriger. Ou encore elles sont assimilées, dans le cadre d'une littérature parfois moins "scientifique", à des opportunités pour un individu ou un groupe de se faire valoir et d'améliorer sa position relative dans l'organisation.

La seconde fait référence à des auteurs pour qui l'amélioration des connaissances des organisations constitue généralement une fin en soi. La plupart du temps ces derniers admettent la pluralité des intérêts composant les organisations.

1.1.1 Un premier courant d'étude des organisations: des recherches prescriptives qui traduisent un intérêt d'optimisation des ressources

Il y a plusieurs façons d'aborder l'étude des organisations. Depuis longtemps, et encore aujourd'hui, certains analystes des organisations, ou plus généralement des systèmes sociaux, abordent les organisations en considérant le comportement humain comme une simple variable dépendante qui serait déterminée par d'autres variables dites indépendantes. Cette vision n'est peut-être pas sans lien avec l'intérêt porté pour faire en sorte que la productivité du capital humain soit optimale. Pour les auteurs appartenant à ce courant, les organisations sont

généralement étudiées de façon normative, c'est-à-dire en portant des jugements de valeur et en formulant des règles, des préceptes à suivre.

Les premières écoles de pensée portant sur les organisations avaient davantage ce souci d'en arriver à déterminer un agencement optimum de variables organisationnelles mesurables qui, ordonnées en une structure, fassent en sorte que le rendement du capital humain à l'intérieur de l'organisation soit lui aussi optimisé.

Pendant près de 30 ans, soit de 1916 avec les travaux de Henri Fayol sur l'autorité formelle et le rôle de la supervision directe dans l'organisation, jusqu'à ceux de Taylor (1947) sur la programmation du travail et Weber (1948) sur la formalisation des activités à l'aide de règlements, de description de postes et par la formation des employés, la structure d'une organisation était surtout synonyme "de relations de travail prescrites et standardisées, couplées à un système strict d'autorité formelle (Mintzberg 1982: 25)."

Il est intéressant de rappeler que Taylor et Fayol, considérés par plusieurs comme les pères du management scientifique, étaient tous deux ingénieurs. Nous partageons le point de vue de Burrell et Morgan (1979: 127) pour qui leurs travaux et ceux de leurs successeurs traitent des problèmes de structure de l'organisation, de style de leadership et d'efficacité et constituent un guide pour l'action managériale plus qu'une théorie de l'organisation.

Weber a également marqué cette époque avec, entre autres, l'idée que l'acceptation de l'autorité dérivant de la position occupée dans une organisation de même que les droits et devoirs prescrits par un système impersonnel de règlements sont un élément majeur de la rationalisation dans le monde moderne. Toutefois, et comme nous l'avons noté précédemment, l'oeuvre de Weber dépasse le cadre du paradigme fonctionnaliste et se trouve disséminée à travers les quatre grands paradigmes.

A cette époque la théorie administrative va largement intégrer, comme base de ses travaux, l'équation entre pouvoir et autorité que l'on retrouve dans la vision élitiste de la société. On préfère souvent parler d'autorité, de leadership, de contrôle comme façon de décrire la prérogative managériale de guider l'organisation vers l'accomplissement d'intérêts communs à tous ses membres.

Parallèlement à ce premier courant de pensée que d'aucuns appellent l'École classique, se développera l'École des relations humaines qui met en relief la présence et toute l'importance des relations de contrôle et des conflits dans les organisations.

Les travaux de Mayo (1933) ou de Roethlisberger et Dickson (1939) sur l'entreprise Western Electric, à l'usine Hawthorne, ou encore ceux de Chester Barnard (1938) s'inscrivent dans le cadre de cette école. Ils ont été les premiers à introduire "l'homme social" en situation de travail et à appliquer une approche des systèmes (systems approach) aux situations organisationnelles. Burrell et Morgan soulignent toutefois que la notion de système, implicite dans leurs travaux, a été abandonnée au profit de la recherche de corrélations entre différentes variables: satisfaction à l'ouvrage, comportement individuel, performance au travail, etc (Burrell et Morgan 1979: 161).

Il nous semble également qu'ils soient quelquefois tombés dans le même travers que les chercheurs du courant précédent en y allant de prescriptions visant à améliorer le rendement de l'organisation.

Cette opposition aux méthodes de Taylor reste un courant minoritaire dans les sciences de la gestion. Elle a quand même incité à des recherches sur les comportements au sein des organisations, mouvement qui rejoint les recherches behavioristes en science politique (Gow et coll. 1987: 30). Nous y reviendrons à la sous-section suivante.

Au cours des décennies suivantes, la perspective "objectiviste", qui consiste à découvrir les relations "signifiantes" entre différentes variables organisationnelles, va raffiner ses méthodes d'analyse.

Par exemple, les travaux que Pugh (1963-64, 1968, 1969, 1971) mena à l'université d'Aston en Angleterre, établissaient une série de corrélations plus ou moins fortes entre différentes variables organisationnelles (spécialisation, forme et taille, standardisation, centralisation, rapport au subordonné, etc) par rapport à la structure de ces organisations. L'une d'entre elles, la taille, serait selon lui le facteur qui explique le mieux plusieurs des caractéristiques de la structure organisationnelle.

Hage et Aiken (1967) quant à eux tentèrent de mesurer et d'expliquer la structure organisationnelle. Ils explorent, grâce à une étude de 16 agences de santé et de bien-être d'une grande ville du centre-ouest des Etats-Unis, la relation entre la centralisation du pouvoir et deux aspects

de la structure sociale d'une organisation: le degré de formalisation et le degré de complexité (Hage et Aiken 1967: 89).

A la même époque, un mouvement prend de l'ampleur: celui de l'approche contingente. Lawrence et Lorsch (1967: 164) refusent la vision plutôt déterministe véhiculée par les auteurs précédents et pose la question: Quels genres d'organisation faut-il pour négocier avec les conditions variées de l'économie et du marché? Pour eux il n'existe pas de forme structurelle optimale dans tous les cas: il faut chercher la meilleure, compte tenu de l'environnement de l'organisation. Les travaux de Rice (1958, 1963) de même que ceux de Child (1972) s'inscrivent également dans cette perspective.

Dans une série d'articles publiées au début des années 70, Child (1972) mentionne que le comportement des membres de l'organisation est contraint plus que déterminé par l'environnement organisationnel, contrairement à ce que laissent entendre les premiers résultats du "groupe d'Aston" et que la vision de Weber ne devait pas être écartée aussi rapidement comme le suggérait les travaux de Pugh. Les travaux de Child veulent contribuer à vérifier l'idée généralement répandue à l'époque que la structure organisationnelle idéale peut être prédite à partir de certaines caractéristiques "de base" de l'organisation à l'étude.

Il semble que la plupart de ces auteurs, qu'ils soient de l'approche contingente ou déterministe, font implicitement l'hypothèse que l'on peut optimiser le rendement des ressources humaines qui composent l'organisation en découvrant les variables "significatives" et en agissant dessus.

Cette perspective "objectiviste" est largement répandue chez nombre d'auteurs. Dans les années 70, la revue Administrative Science Quarterly était remplie d'articles de recherche de tradition objectiviste. Cette dernière est encore bien vivante aujourd'hui et compte encore de nombreux adeptes.

La finalité fondamentale de la plupart de ses travaux ne semble donc pas être de comprendre comment fonctionne l'organisation mais bien de découvrir des moyens pouvant modifier positivement le comportement de ses membres de façon à améliorer le rendement économique des organisations ou encore la position relative d'un ou plusieurs individus qui y travaillent.

Plus près de nous, les travaux de Robert E. Quinn (1988) ont l'air d'emprunter une voie similaire. Bien que Quinn aborde ouvertement la question des jeux de pouvoir, il n'en demeure pas moins que son propos consiste à fournir aux gestionnaires des moyens de mieux maîtriser le management.

1.1.2 La dimension plus politique des organisations

Dans leur ensemble, les auteurs de la section précédente faisaient peu de cas de trois dimensions de la vie organisationnelle, au demeurant vitales selon nous: le pouvoir, les conflits et la présence d'intérêts divergents.

Entendons-nous bien: l'une ou l'autre de ces dimensions peuvent être présentes dans certains de leurs travaux. Par exemple, l'École des relations humaines aborde la question des conflits entre membres d'une même organisation. C'est également le cas pour les travaux de Lawrence et Lorsch (1967). Cependant ces auteurs, de même que les autres composant le regroupement précédent, reconnaissent rarement le fait que les organisations se caractérisent par la pluralité des intérêts et les interrelations entre ces trois dimensions.

Notre second regroupement d'auteurs aborde justement cette question. Les auteurs qui y sont recensés considèrent généralement que pouvoirs, conflits et divergences d'intérêts définissent la nature de l'organisation elle-même. Ce regroupement correspond en partie aux tenants de l'approche pluraliste décrite par Burrell et Morgan.

Déjà vers la fin des années 50 une approche behaviorale originale, inspirée par les travaux de l'École des relations humaines (en particulier ceux de Barnard) a vu le jour avec certaines recherches de Herbert Simon (1957). Sa notion de rationalité limitée des acteurs qui, vu leurs intérêts divergents, recherchent une solution satisfaisante plutôt qu'optimale à leur problème organisationnel, invitait à une approche plus politique des organisations. Au début des années 60, Cyert et March indiquent:

"(...) une entreprise est une organisation dont les membres ont des intérêts opposés qu'il faut satisfaire partiellement et séquentiellement si l'on veut maintenir la cohésion et la coalition (Simon et March 1970: 1)."

Toutefois, comme le souligne Burrell et Morgan:

"(...) the organisation theorists who have focused upon decision-making processes within organisations also often tend to de-emphasise the plurality of interests. This particularly evident, for example, in the work of Simon (1957), March

and Simon (1958) and Cyert and March (1963), and in the notion of "bounded rationality" and "administrative man". Such conceptualisation attempts to reconcile the unitary view of organisation as a rational ordered enterprise (...) (Burrell et Morgan 1979:206)."

Aussi pourrions-nous considérer cette époque et ces auteurs comme charnière entre une vision plutôt économique (largement répandue encore aujourd'hui) et une vision socio-politique des entreprises, ou plus généralement des organisations.

Dans cette recherche d'une vision plus socio-politique des organisations, il faut citer Blau pour qui:

"Exchange transactions and power relations, in particular, constitute social forces that must be investigated in their own right, not merely in terms of the norms that limit and the values that reinforce them, to arrive at an understanding of the dynamics of social structures (Blau 1968: 298)."

Cette vision fait pressentir une autre façon d'aborder l'étude des organisations:

"His work (...) represents an attempt to develop the interactionist perspective into an "integrative theory" of social structure (Burrell et Morgan 1979:90)."

Pour Blau, les bureaucraties, loin d'être les structures statiques supposément envisagées par Weber, sont la scène d'un processus de relations interpersonnelles qui génèrent de nouveaux éléments organisationnels (Burrell et Morgan 1979:188).

Dans cette période charnière de la fin des années 50 et du début des années 60 quelques recherches, entreprises souvent par des sociologues, ont été menées en vue d'étudier les liens existant entre structures formelles et informelles. Par exemple, Crozier (1962) démontrait l'interrelation étroite entre les relations de pouvoir non officielles, la standardisation et le système d'autorité formelle, donc justement entre une partie de la structure et son fonctionnement.

A noter que Crozier définit le pouvoir comme une relation entre acteurs ou groupes d'acteurs, contrairement à la plupart des autres chercheurs du monde des sciences administratives de l'époque, pour qui le pouvoir est l'attribut des individus.

Ce mouvement s'est amplifié au début des années 70, avec entre autres les travaux de Turner (1971), Silverman (1970) et Pettigrew (1973). A propos de ce dernier, Burrell et Morgan indique:

"In Pettigrew's theory man is accorded a "political" rather than a "administrative" orientation, which is consistent with the nature of the "political system" within which he operates (Burrell et Morgan 1979: 213)."

Pour faire écho aux propos de Crozier (Crozier et Friedberg 1977: 137), nous croyons qu'il est non seulement possible mais intéressant d'étudier, à l'aide de la science politique, les relations entre acteurs, qu'il s'agisse d'individus, groupes ou organisations et plus largement les processus de gouverne, et ce dans tous les types d'organisation et non seulement dans l'organisation sociétale.

L'un des intérêts à explorer la dimension politique des organisations réside dans cette possibilité d'étudier la forme et la nature des relations de contrôle entre les acteurs. Nous reviendrons sur ces notions dans la section traitant plus spécifiquement de l'analyse structurale. C'est dans cette veine que la présente recherche veut s'inscrire.

1.2 Le pouvoir

La notion de pouvoir a été abordée dans la précédente section. Toutefois, nous n'avons pas encore clairement indiqué ce qu'elle signifie pour nous. Il ne s'agit pas de faire un long historique de ce concept, encore moins d'en proposer une définition qui viendrait s'ajouter aux autres, au demeurant fort nombreuses déjà. Il s'agit plus simplement d'indiquer, auteurs à l'appui, sur quelles définitions du pouvoir repose notre recherche de manière à éviter les équivoques quant au sens que nous lui donnons dans la suite de la recherche. Le pouvoir en tant qu'attribut des acteurs et en tant que relation entre eux est ensuite abordé.

1.2.1 Le pouvoir: un attribut des acteurs

L'un des premiers à envisager le pouvoir comme la propriété des acteurs en relation fut Max Weber (1947:152) pour qui le pouvoir est la probabilité pour un acteur d'être en mesure d'imposer sa volonté dans le cadre d'une relation sociale, malgré les résistances éventuelles, et indépendamment de la base sur laquelle repose cette probabilité.

French et Raven (1960: 609) définissent le pouvoir comme étant la capacité potentielle dont dispose un groupe ou une personne pour en influencer une autre dans un système donné.

Pour ces auteurs, le pouvoir n'implique pas nécessairement qu'un acteur (B) va modifier sa position dans le sens voulu par un autre (A) mais seulement que A a une "chance" de faire en sorte que B réalise ce que lui, A, désire. Le pouvoir englobe ici deux notions: il peut être virtuel ou encore actualisé.

Pour Robert A. Dahl (1957: 201-218), un acteur A possède du pouvoir par rapport à B dans la mesure où il peut amener B à faire quelque chose qu'il n'aurait pas fait autrement. Par opposition à Weber, French et Raven, pour Dahl il faut qu'il y ait actualisation pour qu'il y ait pouvoir. Blau (1964: 117) abonde dans le même sens lorsqu'il définit le pouvoir comme la capacité d'une personne ou d'un groupe d'imposer sa volonté à d'autres.

Il faut souligner que pour ces auteurs le pouvoir demeure avant tout l'attribut des acteurs ou groupes en relation les uns avec les autres et non l'attribut d'une relation spécifique entre eux.

1.2.2 Le pouvoir: une relation

Selon Crozier et Friedberg, le pouvoir réfère davantage à des relations qui relient entre eux différents acteurs. Le pouvoir est une relation d'échange, une relation instrumentale non-transitive, réciproque mais déséquilibrée (Crozier et Friedberg 1977: 54). La source de pouvoir c'est l'ampleur de la zone d'incertitude que l'imprévisibilité de son comportement permet à l'acteur de contrôler face aux autres acteurs (Crozier et Friedberg 1977: 56). Considérer ainsi le pouvoir comme une relation signifie qu'il n'y a pouvoir réel que par rapport à d'autres individus ou groupes.

Ces définitions ne nous semblent pas cependant caractériser suffisamment le pouvoir. En effet elles ne disent rien sur la façon dont A, pour paraphraser Dahl, s'y prend pour faire en sorte que B se comporte ou agisse comme A l'entend.

Le pouvoir est selon nous une notion plus générale que l'influence, comme l'indique Lemieux (1979a: 37). Il peut être de deux ordres: coercitif ou incitatif. Il est coercitif lorsqu'il implique l'usage de la force, l'obligation physique à se plier, la punition. Il exclut alors l'idée même d'influence. Le pouvoir est incitatif lorsqu'il correspond à l'influence, au renforcement positif, à la récompense.

L'une des caractéristiques des organisations publiques réside dans le fait que le pouvoir coercitif y est pour ainsi dire absent au profit de l'influence. Nous rejoignons en cela l'idée de Samuel Bacharach pour qui:

"When power is discussed in terms of authority and influence, it becomes apparent that organizational politics, for the most part, take place in the realm of influence (Bacharach, Lawler 1981: 44)."

Les organisations peuvent ainsi être définies comme des réseaux de relations de pouvoir (influence), celles-ci s'articulant les unes aux autres dans la gouverne des organisations (Lemieux 1979a: 8). La gouverne ou contrôle peut être définie comme l'activité qui consiste à préciser les états que l'on préfère et à corriger les processus en cours de façon à ce qu'ils évoluent en direction des états préférés (Etzioni 1968: 45).

Les connexions ou relations de contrôle peuvent porter sur différents substrats, différentes ressources: informationnelles, humaines, matérielles, etc. Nous reviendrons de façon plus détaillée sur cette question dans la section concernant l'analyse structurale.

De même, pour un substrat donné, ces relations de contrôle peuvent également être d'importance différentes. Trois types de pouvoir seront distingués: pouvoir de pression (ou de recommandation), de gestion (ou de coordination) et de commandement. Ce trio représente un continuum où pression et commandement occupent les deux extrémités.

1. Les pouvoirs de pression (ou de recommandation) situent l'émetteur dans un rôle de conseiller face à ses différents récepteurs (tableau 1). Pour employer un vocabulaire davantage cybernétique, le contrôle que l'émetteur pourrait exercer dans le cadre de tel pouvoir peut être positif, mixte ou encore négatif. Les récepteurs, qu'ils soient eux-mêmes opérateurs ou contrôleurs (cf section 1.3.2), auraient en quelque sorte le choix, toujours officiellement, d'accepter ou de refuser le contrôle que l'émetteur tente de leur imposer.

2. Les pouvoirs de gestion (ou de coordination) concernent des fonctions plus proprement organisationnelles. Cette fois-ci la variété du choix pour les récepteurs serait plus restreinte: le contrôle exercé pourrait être positif ou mixte, mais officiellement il ne pourrait être négatif.

3. Les pouvoirs de commandement déterminent virtuellement un contrôle positif auquel les récepteurs ne pourraient échapper, du moins officiellement.

Richard et Molinari dans un récent document sur le droit des services de santé et des services sociaux retiennent implicitement cette idée de reconnaître trois formes de pouvoir:

Tableau 1. Exemples d'activités de pression, de gestion et de commandement.

PRESSION (RECOMMANDATION)	GESTION (COORDINATION)	COMMANDEMENT
<p>Adresser ses recommandations Assister Collaborer Conseiller Eclairer Etre consulté Promouvoir Proposer Recommander Susciter la participation</p>	<p>Acheter et revendre Assurer la complémentarité Assurer la coordination Evaluer Faire rapport de son activité Fournir Identifier les besoins Implanter Inventorier Mettre sur pied Organiser Préciser S'assurer du fonctionnement Surveiller</p>	<p>Approuver Autoriser Concevoir des normes Conclure des contrats Créer une banque de personnel Déterminer objectifs et priorités Edicter des règlements Elaborer une politique Etablir une programmation Mettre en tutelle Permettre Prescrire Répartir une enveloppe</p>

"(...) l'Etat a confié aux conseils régionaux des pouvoirs (...) où ils occupent un rôle consultatif de recommandation (...) ils jouent dorénavant un véritable rôle de gestion et de commandement (Richard et Molinari 1987a: 3)."

Il faut souligner toutefois que cette typologie joue un rôle limité dans le développement de notre thèse comme nous le mentionnerons au chapitre traitant de la méthodologie.

Le pouvoir peut donc être considéré à la fois comme appartenant en propre aux acteurs et comme une relation entre ceux-ci. Il peut être également virtuel ou actualisé. Lorsqu'il est envisagé davantage comme une relation instrumentale non-transitive, réciproque mais déséquilibrée, ce qui est précisément notre position, l'étude des liens entre ces relations à l'intérieur d'une organisation, et entre celle-ci et son environnement permet d'en "construire" la gouverne. Il faut maintenant examiner comment aborder l'étude de ces relations de pouvoir.

1.3 Les analyses systémique, cybernétique, stratégique et structurale

Comme indiqué précédemment, la recherche s'inscrit, selon la classification de Burrell et Morgan, dans le paradigme de la sociologie fonctionnaliste, paradigme regroupant plusieurs grands courants de la pensée sociologique.

Plus précisément, nous nous sentons une parenté certaine avec les chercheurs rattachés à ce que Burrell et Morgan nomment la théorie pluraliste. Cette théorie envisage:

"(...) the analysis of organisations as pluralist political systems - according to which organisations and their environment are viewed principally as arenas of conflict between individuals and groups whose activities are oriented toward the achievement of their own personal goals, values and interests (Burrell et Morgan 1979: 202)."

Il faut maintenant spécifier le type d'analyse qui permettra de comprendre les organisations en tant que systèmes politiques. Nous misons sur une analyse structurale pour étudier le processus de décentralisation dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec. Mais qu'est-ce donc que l'analyse structurale? Ou plus précisément, qu'entendons-nous par analyse structurale? Afin de répondre à cette question, il est nécessaire de référer à trois autres types d'analyse: systémique, cybernétique et stratégique, l'analyse structurale y puisant une partie substantielle de ces définitions.

1.3.1 L'analyse systémique

Comme il sera précisé ultérieurement, la structure offre un caractère de système. Walliser donne la définition suivante du concept de système:

"(...) un ensemble en rapport réciproque avec un environnement, ces échanges lui assurant une certaine autonomie (...) cet ensemble est formé de sous-systèmes en interaction, cette inter-dépendance lui assurant une certaine cohérence (...) un ensemble subissant des modifications plus ou moins profondes dans le temps, tout en conservant une certaine permanence (Walliser 1977)."

Pour Weinberg , un système est:

"a way of looking at the world (...) a set of objects together with relationships between the objects and between their attributes (Weinberg (1975: 52,63))."

Selon De Rosnay (1975: 85), l'approche systémique englobe la totalité des éléments du système étudié, ainsi que leurs interactions et leurs interdépendances.

Le système à l'étude ici est celui constitué, dans sa plus vaste composante, de ce qui est généralement appelé le "réseau socio-sanitaire", appellation inexacte d'un point de vue systémique.

En effet, Lemieux fait la distinction suivante entre appareils et réseaux:

"D'un point de vue systémique, il semble bien que la différence principale (...) entre les appareils et les réseaux, réside dans la notion de constitution d'une organisation, ou encore de la méta-coordination, c'est-à-dire dans la coordination de la coordination, celle-ci étant entendue comme un ensemble de contrôles exercés selon certaines finalités. Dans les appareils, la coordination se fait par régulation, c'est-à-dire au nom de règles spécialisées, prévues à cette fin, dont sont responsables les autorités de l'appareil (...) Dans un réseau (...) personne n'est chargé de la coordination de cette coordination (Lemieux 1982: 20-21)."

Il oppose donc appareil et réseau, le degré d'organisation du premier étant plus élevé que celui du second. Lemieux distingue également les quasi-appareils, systèmes intermédiaires entre les réseaux et les appareils où la

méta-coordination est officieuse plutôt qu'officielle. Le "réseau socio-sanitaire" serait ainsi un prétendu réseau qui a en fait certaines propriétés d'un appareil.

Ce quasi-appareil donc, est constitué de différents appareils. Plus précisément il se compose:

- du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS);
- des établissements: centres de services sociaux (CSS), centres locaux de services communautaires (CLSC), centres hospitaliers de courte et longue durée (CHCD, CHSLD), centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation (CAH, CAR).

Viennent se greffer à ce "réseau" socio-sanitaire, d'autres appareils, quasi-appareils ou réseaux. Retenons ici:

- les fédérations et corporations de professionnel(le)s du domaine socio-sanitaire;
- les associations d'établissements;
- le Conseil du trésor;
- la population.

Ces différents acteurs sont qualifiés ici de "composantes associées". Enfin il est un fait important à noter: dans le reste de la recherche, à moins qu'il soit fait explicitement état du contraire, la notion d'acteur renverra à l'une ou l'autre de ces composantes du système socio-sanitaire et non pas à des individus.

1.3.2 L'analyse cybernétique

Pour Walliser, la cybernétique s'inscrit dans l'approche systémique. Elle est une science de la communication et de la gouverne dans les systèmes finalisés et ne représente qu'une partie de l'approche systémique (Lemieux 1979a: 19-20). Elle suggère que la régulation d'un système consiste à agir sur certains de ses opérateurs de façon à ce que leurs performances (observées) soient conformes aux performances désirées pour eux par un ou des contrôleurs.

Ouvrons ici une parenthèse pour indiquer que cette distinction des cybernéticiens entre performances désirées et observées n'est pas sans analogie avec celle déjà relevée chez les juristes (Richard et Molinari 1987) entre d'une part droit adopté et droit appliqué, ou encore avec la distinction de Lévi-Strauss (1958: 347) entre "ordres conçus" et "ordres vécus". Lemieux (1982b: 84) apporte, à propos des définitions de Lévi-Strauss, une précision à l'effet que les ordres conçus peuvent être eux-mêmes regroupés en deux catégories: ceux de nature

institutionnelle et ceux de nature idéale. Cette précision est utile pour distinguer entre d'une part les mandats confiés aux CRSSS, qui sont des ordres conçus de nature institutionnelle, et les recommandations des commissions d'enquête ou encore les préférences de certains acteurs individuels relativement au CRSSS idéal qui sont, eux, de nature idéale. La thèse n'aborde pas directement les ordres vécus, ou performances observées.

L'approche cybernétique, par les notions d'opérateur, de contrôleur, de sélecteur, de transducteur ou d'effecteur qu'elle définit semble trop déterministe pour certains auteurs. La critique de Crozier et Friedberg à ce propos mérite d'être soulignée:

"la théorie cybernétique est (...) un modèle de système (...) asservi à un régulateur central donc d'un système non-politique opérant dans un champ dont on postule la fluidité et la transparence(...) mode de raisonnement mécaniste ignorant le caractère stratégique de l'interaction humaine (...) Ce modèle est par nature un système asservi (...) qui ignore la dimension stratégique du comportement humain (Crozier et Friedberg 1977: 24-25,211)."

Cette critique n'est pas recevable selon nous, et ce sous au moins trois aspects. Le premier tient au fait que la vision déterministe, qui serait la principale caractéristique de la cybernétique, n'est pas en totale opposition avec une vision politique des systèmes mais bien seulement avec une vision stratégique. Selon le raisonnement de Crozier et Friedberg, l'analyse marxiste ne serait pas politique.

Le second a trait au fait que même si elle postule un déterminisme virtuel de la réalité, la cybernétique retient, du moins lorsque appliquée au domaine des sciences sociales, la possibilité qu'ont les opérateurs de se soustraire en tout ou en partie au contrôleur grâce aux notions de contrôles mixte et négatif. C'est justement par l'introduction de ces notions que la stratégie devient possible.

Enfin, la multiplicité des contrôleurs augmente la zone d'incertitude dans laquelle peut se déplacer l'opérateur, qu'il s'agisse d'un acteur ou plus largement d'une organisation. Cela est d'autant plus vrai que ces contrôleurs recherchent des régulations souvent contradictoires.

En resituant maintenant l'approche cybernétique dans une vision systémique plus globale, l'on convient que les acteurs (postes) occupant des positions centrales

(contrôleurs) dans le système organisent ou contrôlent, directement ou indirectement, les opérateurs de ce système, du moins dans certaines dimensions de leur action.

A ce stade-ci, il faut identifier le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et le Conseil du trésor du Québec (ou plus généralement le gouvernement du Québec) comme principaux contrôleurs et les établissements comme opérateurs.

1.3.3 L'analyse stratégique

Alors que l'analyse cybernétique s'intéresse au caractère macroscopique des systèmes politiques, l'analyse stratégique se centre davantage sur l'acteur individuel:

"(...) le raisonnement stratégique part de l'acteur pour découvrir le système qui seul peut expliquer par ses contraintes les apparentes irrationalités du comportement de l'acteur (Crozier et Friedberg 1977:197)."

Cette analyse a été adaptée à l'analyse politique par différents auteurs, dont Schelling (1970) et Shubik (1964). Voici de façon sommaire, et en s'inspirant partiellement des travaux de Gendron (1979: 29-33), les définitions des principaux concepts utilisés en analyse stratégique, concepts que nous utiliserons à une occasion ou une autre dans la suite de nos travaux.

- L'acteur: il peut s'agir d'un individu ou d'une collectivité. Comme nous l'avons précédemment souligné, dans le reste de notre recherche, à moins qu'il soit fait explicitement état du contraire, la notion d'acteur renverra aux différentes composantes (postes) du système à l'étude et non pas à des personnes prises individuellement.
- Le jeu: situation dans laquelle se retrouvent au moins deux acteurs dont les décisions portent à conséquences pour eux-mêmes comme pour l'organisation, ou plus largement pour le système, où ils se trouvent.
- Les objectifs: les organisations poursuivent des objectifs et les individus la composant peuvent ne pas les partager tentant alors de les modifier.
- Les règles du jeu: certaines règles régissent la poursuite des objectifs organisationnels et en constituent la structure politique. Landry (1984: 15-16)) identifie pas moins de 11 types de règles:

1. des règles qui identifient la nature des enjeux, c'est à dire les objets sur lesquels les participants peuvent prendre les décisions.
2. des règles qui précisent les types d'actions permises.
3. des règles qui déterminent la séquence des actions permises.
4. des règles qui définissent les rôles des participants et le nombre pour chaque rôle.
5. des règles sur la sélection des participants et l'abandon.
6. des règles sur le regroupement en vue de coalition.
7. des règles déterminant l'information disponible à chaque participant.
8. des règles stipulant comment agréger les décisions individuelles en choix collectifs.
9. des règles déterminant le partage des enjeux.
10. des règles stipulant les actions à accomplir pour modifier une règle.
11. des règles précisant le rôle des participants chargés d'assurer le respect des règles.

En pratique, plus d'une de ces règles se retrouvent souvent contenues dans un énoncé de politique ou de règlement comme nous serons à même de le constater dans la seconde partie de la thèse.

-La stratégie: "l'acteur garde toujours une marge de liberté et de négociation.(...) Son comportement pourra s'analyser comme l'expression d'une stratégie rationnelle (...) c'est le fondement inféré ex post des régularités de comportement observées empiriquement. Une telle stratégie n'est nullement synonyme de volonté (Crozier et Friedberg (1977: 79, 48))."

-Les ressources: nous distinguerons ici quatre types de ressources: informationnelles; humaines; matérielles non-monétaires; monétaires ou budgétaires.

-Les enjeux: "action ou ensemble d'action nécessaires aux buts de l'organisation, qui nécessitent l'intervention de membres de l'organisation dans leur zone d'incertitude (Peaucelle 1968: 4)."

Il faut souligner le fait que l'analyse stratégique, comme l'analyse structurale, recherche des stratégies (des structures de jeu) qui ne sont pas nécessairement connues des acteurs. A ce propos, Mintzberg indique:

"(...) strategies grow deep inside the system sometimes even inadvertently, as weeds grow in a garden (Mintzberg et Jorgensen 1987: 214)."

Bailey recherche justement un niveau de connaissance de jeu qui pourrait être ignoré de ceux qui le jouent (Bailey 1971:22). Il croit que sous les différences de surface, le comportement est ordonné de manière identique et intelligible, rejoignant en cela les tenants de l'approche structurale décrite précédemment.

Par rapport à nos préoccupations, si elle s'avérait fondée, la théorie structurale serait un appui supplémentaire aux tenants du déterminisme social, courant auquel nous pourrions rattacher le courant institutionnaliste dont le postulat central est à l'effet que les institutions déterminent les décisions des individus et les caractéristiques des biens issus de l'action collective (Landry 1984: 7).

L'analyse stratégique se rattache à un autre courant: le behaviorisme, en relation avec l'Ecole des relations humaines et qui rejoint les recherches behavioristes en science politique (Gow et coll. 1987: 30). Les travaux de Crozier et Friedberg (1977) peuvent être rattachés à ce courant. C'est à ce type d'analyse auquel nous convient Gow et ses collaborateurs:

"(...) Au-delà de la légitimité, le fonctionnaire responsable jouera ou non de popularité avec ses subalternes, ses pairs et ses supérieurs. C'est précisément de cet aspect non déterminé du travail du fonctionnaire que provient la signification de l'expression "analyse stratégique". Il s'agit, pour tout participant, d'exploiter les possibilités de son poste, de ses pouvoirs et de ses autres ressources (...) L'approche stratégique (...) pourra contribuer à élucider les rapports entre la situation stratégique des différentes couches de l'administration publique et leur idéologie et leur sentiment d'appartenance en classe (Gow et coll. 1987: 42-43)."

Il faut souligner, et c'est sur cette mise en garde que se terminera cette sous-section, que nous ne procéderons pas à une analyse stratégique dans la seconde partie de la thèse. Nous allons plutôt traduire au chapitre neuf, en des termes susceptibles d'une analyse structurale, certains résultats

d'une recherche (Bhérier et al 1986) s'appuyant sur une analyse stratégique de la décentralisation vers les conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

1.3.4 Structuralisme et analyse structurale

1.3.4.1 Le structuralisme

Le sens donné au mot structure dans notre thèse n'a rien à voir avec la théorie de la contingence structurelle qui a connu son apogée dans les années 60 grâce notamment aux travaux de Blau (1968), Hage et Aiken (1967), Lawrence et Lorsch (1967). Crozier et Friedberg (1977:132-34) ont bien démontré comment cette théorie, malgré ses mérites, reproduit le biais techniciste de la théorie classique des organisations et ignore les contraintes propres du construit humain sous-jacent à une organisation.

Du début au milieu des années 60, les structuralistes en sont venus à proposer que les catégories sociales et les groupes pourraient être mieux découverts en examinant les relations entre et autour des acteurs sociaux et des institutions (Berkowitz 1982: 3).

Nous retenons ici comme définition de la structure qu'elle est un modèle qui se détache des faits observables pour mieux expliquer l'interdépendance des éléments constitutifs d'un objet (Lemieux 1979a: 115,117).

Cette définition s'appuie sur les travaux de Lévi-Strauss et Piaget. Pour ce dernier, la structure est:

"Un système de transformations, qui comporte des lois en tant que système (par opposition aux propriétés des éléments) et qui se conserve ou s'enrichit par le jeu même de ses transformations, sans que celles-ci aboutissent en dehors de ses frontières ou fassent appel à des éléments extérieurs. En un mot une structure comprend ainsi les trois caractères de totalité, de transformations et d'autorégulation (Piaget 1968: 6-7)."

Rappelons également la définition de Lévi-Strauss:

"(...) une structure offre un caractère de système. Elle consiste en éléments tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres.

En second lieu tout modèle appartient à un groupe de transformations dont chacune correspond à un modèle de même famille, si bien que l'ensemble de ses transformations correspond à un groupe de modèles.

Troisièmement les propriétés indiquées ci-dessus permettent de prévoir de quelle façon réagira le modèle, en cas de modification d'un de ses éléments.

Enfin le modèle doit être construit de telle façon que son fonctionnement puisse rendre compte de tous les faits observés (Lévi-Strauss 1958: 308)."

La structure renvoie donc à un groupe de modèles: c'est l'étude de ce groupe de modèles qui permettra de dégager une structure, et partant de mieux connaître l'objet. Elle amène également une certaine fermeture qui permet de circonscrire sa logique interne.

Pour Lemieux (1979: 118) les caractères de transformations et d'autoréglage contenues dans les définitions précédentes sont les caractères qui spécifient le mieux la notion de structure des structuralistes.

Par ailleurs, le structuralisme dont il est question ici est un structuralisme méthodique, par opposition à global. Dans ce dernier cas, la totalité n'est encore qu'émergente: elle est une notion première explicative comme telle (Piaget 1968: 83). Ce structuralisme ne recherche pas de lois de composition, au contraire du structuralisme méthodique. Il s'agit de vérifier une loi de composition (de la structure sociale) et de chercher "l'explication du système des relations ou interactions observables dans une structure sous-jacente qui en permette l'interprétation en quelque sorte déductive et qu'il s'agit de reconstituer par la construction de modèles (Piaget 1968: 83)."

1.3.4.2 L'analyse structurale

L'analyse structurale s'inscrit donc dans une vision systémique:

"(...) structural analysis is an approach to theorizing about, representing, and analysing social processes which emphasizes their systemic character (Berkowitz 1982: vii)."

Elle représente un champ de l'activité scientifique qui repose sur l'idée qu'il existe dans tout système social un "pattern" régulier et persistant dans le comportement de ses parties élémentaires.

Dans l'optique de nos travaux, l'analyse structurale est avant tout un outil, au même titre par exemple que la théorie générale des systèmes, un outil permettant aux différentes disciplines sociales, dont la science politique, de raffiner davantage leur questionnement sur le fonctionnement des systèmes sociaux.

Cette analyse peut porter sur trois aspects d'un système: la forme, la substance et la fonctionnalité. Les deux premiers, lorsque les relations entre acteurs sont orientées (au sens de la théorie des graphes), sont traités plus particulièrement dans les études de connexité. Le dernier aspect renvoie aux études de cohésion.

La forme fait référence au nombre et à la configuration des connexions entre les différents acteurs, que ceux-ci soient individuels ou collectifs. La forme que prend l'ensemble des connexions dans une situation donnée est riche d'enseignements: Elle indique les contraintes structurales du jeu politique entre les acteurs impliqués. Comme le souligne Lemieux (1982: 26), "l'explication des différences formelles entre les structures renvoie généralement aux problèmes de substance et de fonctionnalité."

L'aspect "substance" des études de connexité renvoie à l'étude de la circulation de différents substrats (ressources humaines, monétaires, information, etc) entre les acteurs.

Quant à la fonctionnalité, il s'agit des rapports entre organisations (postes) étudiées en terme de coopération ou conflit. La fonctionnalité peut être étudiée à l'aide des phénomènes d'équilibration ou de cohésion selon le langage de la théorie des graphes. Il s'agit dans un premier temps d'estimer si la valeur d'une relation (portant sur un substrat ou l'autre) entre deux acteurs est positive ou négative puis d'étudier la fonctionnalité de l'ensemble des relations réunissant les différents acteurs formant le système à l'étude. La cohésion, ainsi entendue, est un phénomène culturel car ce qui est cohésif dans certaines cultures ne l'est pas nécessairement dans d'autres (Lemieux 1979a: 191).

Notre recherche en vue de cerner les phénomènes politiques en est une de connexité, c'est à dire portant à la fois sur la forme et la substance du système à l'étude. Nous nous intéresserons de façon marginale à sa fonctionnalité.

1.3.4.3 Une étude de connexité.

Jusqu'à maintenant les aspects de forme et de substance ont été abordés de façon littéraire. La formalisation en graphes utilisée tout au long de la recherche permettra une simplification de la description des situations à l'étude et

une visualisation des acteurs et de leurs relations (connexions) permettant de faire voir certaines facettes qui seraient difficilement visibles autrement.

Pour ce faire, l'analyse s'inspirera largement des travaux de Lemieux (1982), Roy (1969, 1970) et Harary (1968) dans l'utilisation de la théorie des graphes aux fins de formalisation. Voyons donc maintenant quelques définitions utiles.

Une étude sur la forme

Un système peut être représenté par un graphe, forme mathématique composée de points et de lignes reliant ces points. Lorsqu'un graphe est orienté, c'est à dire lorsque les points (acteurs) sont reliés selon une direction, ces lignes portent le nom de connexions. Les relations de contrôle étant par définition orientées, nous nous intéresserons au cheminement des connexions entre les différents acteurs. Il faut ici rappeler que les relations de contrôle peuvent être positives, négatives ou mixtes, ce qui permet théoriquement 16 relations différentes de contrôle entre deux acteurs (Lemieux 1979a: 50-51). Lorsqu'il y a plus d'une connexion entre deux acteurs, l'on parle de multigraphe. Pour les fins de l'analyse ultérieure, il faut également distinguer entre sous-graphe et graphe partiel: le premier est un graphe formé par la suppression de sommets (et des connexions adjacentes), le second est un graphe formé par la suppression de certaines connexions (relations de contrôle), comme le précise Lemieux (1982a: 117).

Toujours en rapport avec cette théorie, la notion de connexité repose sur les rapports que crée, entre les sommets (pour nous acteurs), l'existence de chaînes ou de chemins, ces derniers étant des connexions orientées contrairement aux premières (Roy 1969: 268).

Une organisation, ou plus généralement un système, peut se caractériser, entre autres, par ses propriétés de connexité ou de non connexité. En ce qui nous concerne, il y aura connexité lorsqu'il existe au moins une connexion entre deux acteurs (postes) du multigraphe, quels qu'ils soient.

Dans les graphes orientés, la connexité peut prendre différentes formes. Lemieux (1982: 50-55) distingue la connexité simple, quasi-forte, semi-forte et forte. Un graphe sera fortement connexe quand il existe deux chemins reliant, en direction opposée, deux acteurs quels qu'ils soient. Il sera semi-fortement connexe lorsqu'il existera au moins un chemin entre deux acteurs, quels qu'ils soient. La connexité quasi-forte est la caractéristique d'un graphe où il existe un ascendant (acteur qui en précède un autre dans

un chemin) commun à deux acteurs quels qu'ils soient. Enfin un graphe simplement connexe se définit par une chaîne entre deux acteurs quels qu'ils soient.

A ces quatre types de connexité correspondent autant de d'appellations plus politiques (schéma 2). La connexité simple correspond à l'anarchie; la connexité quasi-forte à la hiérarchie; la connexité semi-forte à la stratarchie; la connexité forte à la coarchie.

Par ailleurs, les acteurs de notre système n'occupent pas tous la même position (schéma 2), bien qu'un même acteur puisse occuper simultanément plus d'une position. A l'occasion, cinq positions différentes seront distinguées pour les acteurs, positions inspirées de celles de Lemieux (1982: 59-60):

Isolé: acteur qui n'est pas relié aux autres;

Centre: acteur X dont le chemin le plus long de ceux qui le séparent d'un quelconque acteur, compris avec lui dans une composante connexe, est le plus court si on compare X aux autres acteurs de la composante;

Articulateur: acteur dont la suppression enlève la connexité à la composante étudiée;

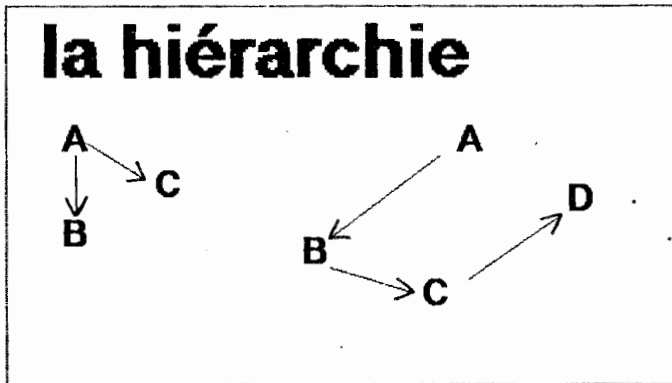
Marginal: acteur qui ne peut atteindre aucun autre acteur (dans les graphes orientés);

Mitoyen: acteur qui n'est ni isolé, ni central, ni articulateur, ni marginal.

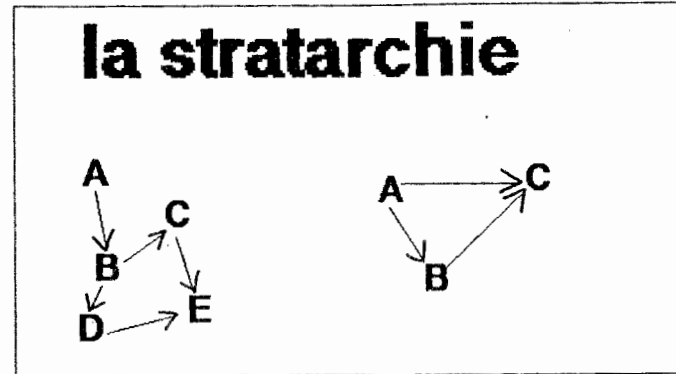
Une étude sur la substance

La structure des organisations mise en évidence, ou plus largement celle du système, sera différente selon les substrats qui sont considérés. En nous inspirant d'une étude précédente (Lemieux et Turgeon 1980) où nous avons identifié différents types de substrats ou contrôles sur lesquels l'analyse est susceptible de porter, nous proposons de classer les différents substrats en cinq niveaux. Nous postulons que l'importance relative de ces différents substrats varie: il existerait ainsi un ordre logique allant des substrats les moins déterminants en termes de contrôle vers les plus déterminants. Nous nous contenterons ici de les énumérer puisqu'une prochaine section (cf 1.5.1) y reviendra plus en détail, donnant les précisions et définitions nécessaires dans le cadre plus restreint d'une recherche sur le processus de décentralisation d'une administration publique. Il s'agit donc, par ordre croissant d'importance:

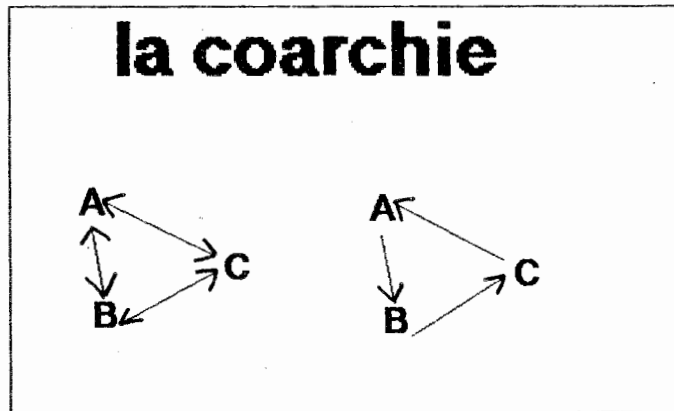
Schema 2. Exemples des quatre types de structuration du pouvoir.



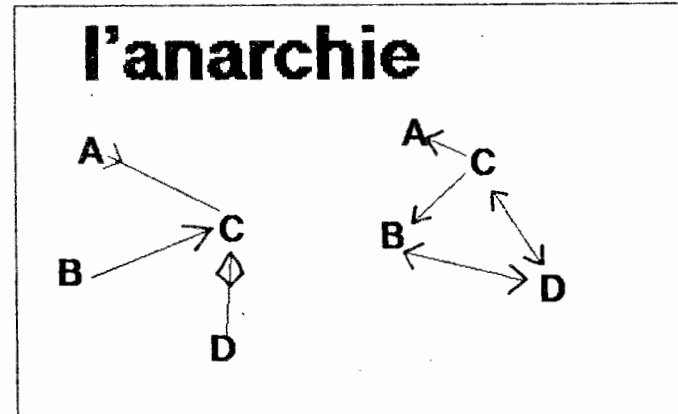
connexité quasi – forte



connexité semi – forte



connexité forte



connexité simple

Légende.



Contrôle mixte

1. De l'information circulante non-finalisante.
2. Des ressources humaines, matérielles et des services.
3. Des ressources monétaires.
4. Des postes eux-mêmes.
5. De l'information structurante.

En résumé, il existe donc cinq caractéristiques propres à l'approche structurale:

1. Elle étudie un système.
2. Elle correspond à une certaine fermeture.
3. Elle cherche des lois d'organisation, des régularités.
4. Elle propose des modèles.
5. Elle ne se limite pas à la forme mais aborde la substance (ce qui fait varier la forme) de la structure organisationnelle.

Le système à l'étude est composé de grands acteurs organisationnels: les différentes composantes du "réseau" socio-sanitaire et ce qui a été défini comme ses composantes associées. Ce système constitue l'objet à suivre à l'aide de modèles. La construction de ces modèles se fera selon une approche d'inspiration cybernétique, à partir d'une analyse structurale des relations de contrôle entre les différentes composantes du système à l'étude. Ainsi sera vérifiée une loi d'organisation: la théorie structurale du politique qui se fonde également sur ces approches. Enfin une prochaine section (cf 1.5) montrera que c'est bel et bien de la substance de la structure organisationnelle dont il est essentiellement question, c'est à dire des substrats mêmes reliant les acteurs entre eux.

1.4 Décentralisation: la théorie juridico-administrative

La science du droit et de l'administration donne différentes définitions de la décentralisation. Le propos de cette section est de faire un tour d'horizon de ces définitions et de celles qui lui sont associées: centralisation, déconcentration et régionalisation.

Il ne s'agit pas de tenter d'élaborer un consensus autour de certaines définitions de ces concepts. Cette tâche serait impossible puisque les définitions retrouvées dans la littérature sont souvent irréconciliables. L'objectif est plutôt de bien identifier les définitions retenues de ces concepts, de façon à ce que le lecteur sache clairement à quoi nous référons lorsqu'ils seront utilisés dans la thèse.

Le processus de décentralisation dont il sera question dans la thèse est celui initié par le gouvernement du Québec. À l'intérieur du palier provincial, il faut identifier le

noyau central, composé du Conseil des ministres, de ses comités, appuyés par le Secrétariat du ministère du Conseil exécutif et le Conseil du trésor.

La coordination centrale est assurée aussi par les organismes administratifs centraux (la Commission de la Fonction publique, l'OPDQ, etc) et par les ministères "horizontaux" (Affaires internationales, Affaires municipales, Justice, Finances). Gélinas (1975) situe également les ministères "verticaux" (Santé et Services sociaux, Education, etc) à l'intérieur du noyau central. Tous les autres organismes publics seront rangés dans la catégorie "décentralisation" ou "déconcentration" selon le type de rapport qu'ils entretiennent avec ce noyau central. Pour Gélinas, par définition, le noyau central n'est ni centralisé ni décentralisé, il est tout simplement central.

Pour l'approche légaliste, la centralisation consiste à concentrer au niveau supérieur de la hiérarchie un minimum de centres de décision. Les décisions sont notifiées par voies d'ordre précis à partir d'un centre unique. En régime d'administration publique, la centralisation se présente souvent sous un aspect très hiérarchisé:

"Le pouvoir de décision est concentré au sommet de la hiérarchie, entre les mains du ministre. Les échelons ne font que transmettre et exécuter: transmettre les questions de l'endroit où elles se posent jusqu'au ministre compétent pour les trancher, transmettre dans le sens inverse la décision ministérielle, exécuter les tâches concrètes selon les ordres reçus. Ainsi, par la centralisation, une volonté unique, partant du centre de l'Etat se transmet jusqu'aux extrémités du territoire (Lajoie 1968: 13)."

1.4.1 Administration générale et administration publique

Il existe pratiquement autant de définitions de la décentralisation qu'il y a d'auteurs ayant abordé ce concept. Souvent même, la littérature spécialisée sur la question offre des définitions contradictoires.

Il convient tout d'abord de discerner deux grands courants de pensée pour lesquelles la décentralisation n'a pas tout à fait la même signification: celui de l'administration publique et celui de l'administration générale (management).

Dans le domaine de l'administration générale, que l'on peut assimiler à la situation prévalant dans certaines grandes entreprises privées américaines, la décentralisation implique:

"(...) que les centres opérationnels soient au plus bas niveau de la ligne hiérarchique, à proximité du lieu de l'action; que les pouvoirs de décision et les responsabilités soient délégués; que l'organisme central possède des fonctions différentes des unités décentralisées (Dufault 1979: 27)."

Gow définit ainsi le domaine de l'administration publique:

"(...) il s'agit des activités, des institutions, des personnes et des connaissances impliquées dans la préparation et la mise en application des décisions des autorités politiques compétentes d'un Etat (Gow et al 1987: 9)."

La décentralisation dans ce domaine implique selon certains auteurs que l'organisme décentralisé possède les caractéristiques suivantes:

- une personnalité juridique distincte;
- des pouvoirs de réglementation;
- des pouvoirs fiscaux;
- l'élection des titulaires;
- la délégation des responsabilités;
- la non-subordination au pouvoir central;
- les contrôles et les normes sont assurés par le pouvoir central (Dufault 1979: 27).

La différence fondamentale entre ces deux approches réside dans le fait que dans le domaine de l'administration générale, la notion de décentralisation ne fait pas référence au cadre légal qui la sous-tend, c'est à dire au statut, aux responsabilités et aux pouvoirs respectifs de l'organisme central par rapport à ses unités satellites.

La décentralisation dans le contexte du management américain, ne signifie pas d'abord une condition juridique: elle est une philosophie administrative, un principe d'organisation.

En administration publique par contre, parler de centralisation, de décentralisation ou de déconcentration, c'est s'interroger sur la répartition entre les unités administratives ou les appareils de l'Etat:

"(...) des responsabilités d'assurer l'exécution des diverses missions de l'Etat; du pouvoir de prendre des décisions relatives à l'exercice de sa mission (Gournay 1967: 127)."

1.4.2 Types de décentralisation

1.4.2.1 Décentralisation administrative et politique

Le Secrétariat à l'Aménagement et à la Décentralisation (SAD) du ministère du Conseil exécutif définit ainsi la décentralisation:

"(...) c'est d'abord un acte de confiance envers les individus et un appel à leur créativité. Elle repose essentiellement sur la conviction que les citoyens seront plus en mesure de définir eux-mêmes leurs besoins et de répondre avec originalité et invention à leurs aspirations s'ils exercent une prise directe (ou par l'intermédiaire de leurs instances locales) sur la production des services et activités qui les affectent quotidiennement (SAD 1978: 3)."

Quant à l'Organisation mondiale de la Santé, elle définit ainsi la décentralisation:

"Dans un système fortement décentralisé (...) la collectivité locale doit assurer, dans les conditions fixées par la loi, les services nécessaires pour protéger la santé de la population (O.M.S. 1972: 23)."

Ces deux organismes mettent l'accent sur la participation directe de la population, donc sur la dimension démocratique de la décentralisation.

Pour leur part, Ouellet (1978), Blain (1980), Durocher (1984) et Bolduc (1984) vont plus loin en précisant que la décentralisation implique nécessairement des pouvoirs fiscaux, de réglementation et la présence de personnes élues à la tête des organismes décentralisés.

Debbasch (1968) dans l'Encyclopedia Universalis introduit toutefois une distinction entre deux types de décentralisation:

"Lorsque la personnalité est conférée à un service déterminé, détaché, de ce fait, de la masse des services de l'Etat, l'établissement public ainsi constitué témoignerait d'une décentralisation technique.(...) La décentralisation territoriale est une répartition des affaires administratives commandée par la diversité sociale, et donc politique, du pays sur l'ensemble du territoire. La décentralisation technique correspond aux exigences d'une répartition harmonieuse des fonctions entre les différentes branches de

l'Administration. La première répond à des aspirations politiques, la seconde à un souci d'efficacité. Cela explique que l'idée d'autogestion soit moins prononcée dans la décentralisation technique que dans la décentralisation territoriale (Debbasch 1968)."

Certains auteurs (Deschênes (1981) Gélinas (1984) et Lesemann (1978)) abondent dans le même sens en distinguant entre un type de décentralisation qu'ils nomment administrative ou technocratique et un second type qu'ils qualifient de décentralisation politique ou démocratique. Pour les fins de la présente analyse, cette distinction a été retenue.

Selon l'approche juridique, la décentralisation administrative implique que les organismes sous ce "régime" sont soumis à la "tutelle" des ministères et également à certains contrôles, règles et pratique des organismes administratifs centraux. Ils n'ont aucun pouvoir fiscal mais possèdent une personnalité juridique distincte et sont dirigés par des personnes nommées. Gélinas (1984) et Borgeat (1982: 56) qualifient ce type de décentralisation de "fonctionnelle".

La décentralisation politique est définie comme une situation où les organismes décentralisés possèdent une personnalité juridique distincte mais sont dirigés par des personnes élues disposant de pouvoirs fiscaux et de réglementation. Gélinas et Borgeat qualifient ce type de décentralisation de "territoriale", tout comme Debbasch.

De plus, ce qui différencie fondamentalement ces deux types de décentralisation, c'est le rôle joué par la "base" (populations locales) dans le processus. Alors qu'en situation de décentralisation administrative elle ne fait que subir un réaménagement des pouvoirs édictés par l'organisme central (l'Etat), c'est elle qui est généralement l'instigatrice de ce réaménagement de pouvoirs lors d'une décentralisation politique (Lesemann 1978). Il est possible cependant que l'organisme central initie lui-même le mouvement vers une décentralisation politique.

Dans un processus de décentralisation administrative, la population peut participer ou collaborer à des degrés divers à la prise de décision dans les domaines décentralisés administrativement, mais ce n'est pas elle ni l'organisme décentralisé qui possède les contrôles les plus déterminants, ceux qui à la limite permettent de modifier les rapports de force: tout s'effectue sous l'égide du centre. Au contraire, une décentralisation politique a généralement pour origine une mobilisation populaire, une action directe de la "base" en vue de redéfinir elle-même

les nouveaux rapports de force qu'elle entend établir avec le centre de l'Etat et ses niveaux intermédiaires (régions, sous-régions, localités).

Il faut souligner que certains auteurs ne partagent pas nos vues sur les distinctions et définitions retenues de la décentralisation administrative et politique. Pour Ouellet, Blain, Durocher et Bolduc la décentralisation administrative n'existe tout simplement pas. Gow et ses collaborateurs reconnaissent cette dichotomie mais définissent de manière trop restrictive, selon nous, la décentralisation politique. Pour eux, elle ne peut prendre la forme que d'une répartition des pouvoirs législatifs de l'Etat au moyen d'un document constitutionnel, ce qui implique l'exercice de pouvoirs souverains. Selon eux, seules les provinces jouissent de ce statut au Canada, les municipalités étant classées dans la catégorie "décentralisation territoriale" qui n'est qu'une modalité de la décentralisation administrative (Gow et al 1987: 98).

1.4.2.2 Décentralisation unifonctionnelle et multifonctionnelle

Gélinas (1984) établit une distinction supplémentaire en introduisant les concepts de décentralisation unifonctionnelle et multifonctionnelle. Le premier indique chez l'organisme décentralisé une spécialisation dans un secteur d'activités déterminé (Education, Loisir, etc) et permet donc de rejoindre des préoccupations strictement sectorielles. Le second signifie que l'organisme décentralisé doit au contraire assurer la concertation d'un ensemble de secteurs d'activités, rejoindre les intérêts intersectoriels.

L'ensemble des différents types possibles de décentralisation pour chaque échelon d'intervention (national, régional, sous-régional, municipal, local) ainsi que des exemples permettant d'illustrer ces différents concepts apparaissent au tableau 2. Il ne peut exister de décentralisation démocratique au niveau national (provincial) puisque les personnes élues à ce niveau font partie de ce qui a été défini comme étant le noyau central par rapport auquel les organismes sont décentralisés.

La délégation de responsabilités ainsi que celle de l'autorité correspondante nécessaire à l'exécution de la tâche ne signifient pas une abdication de la part de l'organisme central. Dans le contexte d'une décentralisation administrative par exemple, l'organisme central conserve certaines fonctions:

- " 1. La planification d'ensemble.
2. La conception des politiques et l'élaboration des programmes généraux.

Tableau 2. Les différents types de décentralisation.

NIVEAU D'INTERVENTION	TYPE D'INTERVENTION	EXEMPLES
NATIONAL (QUEBEC)	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE $\left\{ \begin{array}{l} \text{UNIFONCTIONNELLE} \\ \text{MULTIFONCTIONNELLE} \end{array} \right.$	Régies, offices, tribunaux adm. N'existe pas au Québec
REGIONAL	DECENTRALISATION POLITIQUE $\left\{ \begin{array}{l} \text{UNIFONCTIONNELLE} \\ \text{MULTIFONCTIONNELLE} \end{array} \right.$	N'existe pas au Québec N'existe pas au Québec
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE $\left\{ \begin{array}{l} \text{UNIFONCTIONNELLE} \\ \text{MULTIFONCTIONNELLE} \end{array} \right.$	Certains CSS N'existe pas au Québec
SOUS-REGIONAL	DECENTRALISATION POLITIQUE $\left\{ \begin{array}{l} \text{UNIFONCTIONNELLE} \\ \text{MULTIFONCTIONNELLE} \end{array} \right.$	Commissions scolaires N'existe pas au Québec
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE $\left\{ \begin{array}{l} \text{UNIFONCTIONNELLE} \\ \text{MULTIFONCTIONNELLE} \end{array} \right.$	CH, CSS, CA, DSC N'existe pas au Québec
LOCAL	DECENTRALISATION POLITIQUE $\left\{ \begin{array}{l} \text{UNIFONCTIONNELLE} \\ \text{MULTIFONCTIONNELLE} \end{array} \right.$	N'existe pas au Québec Municipalités
	DECENTRALISATION ADMINISTRATIVE $\left\{ \begin{array}{l} \text{UNIFONCTIONNELLE} \\ \text{MULTIFONCTIONNELLE} \end{array} \right.$	CLSC, CH, CA N'existe pas au Québec

3. L'élaboration des normes techniques d'ensemble.
4. L'octroi des moyens de mise en oeuvre.
5. Les activités de contrôle et d'évaluation d'ensemble (Dufault 1979: 24)."

Pour un autre auteur:

"La décentralisation n'exclut en rien la nécessité de décision au niveau de la direction générale et celle d'un contrôle centralisé. Une délimitation des responsabilités peut être ainsi fixée: Une bonne gestion repose sur la centralisation des décisions de politique et du contrôle et sur une large décentralisation des responsabilités et des décisions opérationnelles (D'Estaing 1967:15)."

1.4.3 La déconcentration

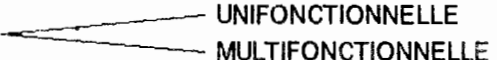
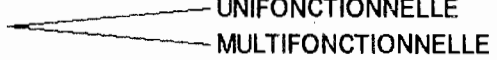
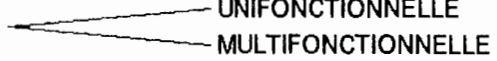
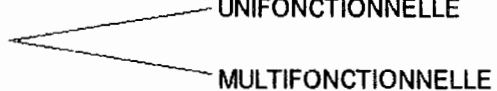
La déconcentration représente une typologie administrative propre à la science de l'administration publique et à l'approche légaliste française. Il faut souligner qu'elle consiste essentiellement en la dispersion géographique ou fonctionnelle d'agents administratifs relevant de l'organisme central. La déconcentration se distingue de la décentralisation par les caractéristiques suivantes:

- 1) L'organisme déconcentré et l'organisme central constituent une seule et même personnalité juridique.
- 2) Il n'a aucun pouvoir réglementaire ou fiscal.
- 3) Ses titulaires ne sont pas nommés ou élus mais simplement recrutés.
- 4) Il y a délégation de pouvoirs administratifs de la part de l'organisme central, mais en aucun cas délégation des responsabilités correspondantes, c'est à dire capacité de prendre une décision sans en référer à une autorité supérieure.
- 5) Toute la gestion est assurée par le pouvoir central.

Lemieux (1986: 314) indique que le terme déconcentration est employé pour désigner la décentralisation du contrôle à l'intérieur d'une même organisation, ce qui rejoint la précédente définition.

Comme dans le cas de la décentralisation, la déconcentration peut être subdivisée en divers types. Elle peut être unifonctionnelle ou multifonctionnelle et se produire au niveau national, régional, sous-régional ou local (tableau 3).

Tableau 3. Les différents types de déconcentration.

NIVEAU D'INTERVENTION	TYPE D'INTERVENTION	EXEMPLES
NATIONAL (QUEBEC)	DECONCENTRATION 	Organisation interne des ministères ---
REGIONAL	DECONCENTRATION 	Bureaux régionaux de ministères Conférences administratives régionales
SOUS-REGIONAL	DECONCENTRATION 	Bureaux sous-régionaux de ministères ---
LOCAL	DECONCENTRATION 	Bureaux locaux des ministères, succursales des organismes régionaux ---

1.4.4 La régionalisation

Ouellet (1978), l'Organisation mondiale de la santé (1972), Gosselin (1981) sont unanimes à mentionner le fait que la régionalisation peut s'inscrire dans un processus centralisé, décentralisé ou déconcentré, ces trois concepts se référant à des phénomènes structurels (administratifs ou politiques) alors que la régionalisation est avant tout un processus fonctionnel. En effet, régionaliser, c'est:

"(...) introduire la perspective spatiale et temporelle des actes administratifs en fonction d'un impact régional (...) ce qu'elle introduit de nouveau dans le fonctionnement administratif, c'est un processus fonctionnel de planification, au processus décisionnel préexistant: les actes des divers agents sont concertés, harmonisés et coordonnés; ils sont catalogués d'après leurs effets et leur priorité respective, relativement à la région (...) Les organes de l'Etat compétents à faire de la régionalisation ne se substituent pas aux services sectoriels (...) Ils ne constituent pas non plus un niveau administratif hiérarchique intermédiaire entre la capitale et les unités administratives territoriales de base (...) La régionalisation est une activité de liaison (entre agents décideurs) et les organes qui assument cette fonction sont des organes managériels (Ouellet 1978: 10-11)."

Pour l'O.M.S., la régionalisation c'est:

"(...) l'organisation et la coordination de toutes les ressources et de tous les services sanitaires à l'intérieur d'une région donnée en vue d'assurer des soins (...) du plus haut niveau possible et d'adapter un programme général d'action sanitaire aux caractéristiques et aux besoins de la région considérée (O.M.S. 1972: 16)."

Il s'agit donc d'un processus fonctionnel affectant deux étapes de la prise de décision: la planification et la coordination.

Enfin, Gosselin mentionne qu'il y a au moins deux façons différentes de régionaliser:

- "1) Lorsque l'organisme central adapte lui-même ces politiques aux caractéristiques et besoins régionaux.
- 2) Lorsque les régions identifient individuellement leurs propres demandes (Gosselin 1981)."

Il vient ainsi confirmer l'idée de Ouellet en indiquant bien la fonctionnalité du processus de régionalisation. En effet, il n'est pas nécessaire d'avoir un organisme ou un établissement dans le territoire pour régionaliser et, corollairement, la présence d'établissements ou d'organismes dans un territoire n'implique pas obligatoirement qu'il y a régionalisation.

1.4.5 Où se situent les conseils régionaux?

Comme mentionné précédemment, les opinions divergent sur ce sujet. Pour certains comme Ouellet (1978), Blain (1980), Lesemann (1978), les conseils régionaux s'apparentent plus à des organismes déconcentrés au niveau régional. Pour d'autres (Gélinas (1984), Gosselin (1983), C.A.S.F. (1978)) les CRSSS constituent un exemple de décentralisation unifonctionnelle et administrative au niveau régional.

La volonté du législateur lors de la création des conseils régionaux et par la suite, était de mettre sur pied des organismes régionaux où prévaudrait une décentralisation administrative unifonctionnelle. Celui-ci a donc fait en sorte que les CRSSS soient plus que des organismes déconcentrés, sans toutefois leur octroyer toutes les caractéristiques pouvant les identifier à des organismes décentralisés politiquement.

Dans la prochaine section, nous verrons comment l'analyse structurale peut être une voie intéressante pour l'étude d'un phénomène comme la décentralisation, ou plus généralement des systèmes sociaux.

1.5 Une analyse structurale de la décentralisation

Par opposition à une analyse plus juridico-administrative, l'analyse structurale de la décentralisation ne tente pas de classer les organisations faisant l'objet de transferts de pouvoirs ou de responsabilités à l'intérieur de "cases" prédéfinies et définitives.

Plutôt, cette approche voit la décentralisation comme un processus dynamique où la position qu'occupe une organisation décentralisée varie dans le temps, tant en ce qui a trait aux ordres conçus qu'aux ordres, vécus. Cette vision permet d'imaginer, par exemple, qu'un organisme (CRSSS) peut être considéré, eu égard aux ordres conçus et à un moment donné dans le temps, comme bénéficiant à la fois d'une grande décentralisation relativement à certains substrats, le contrôle sur les autres substrats demeurant centralisé. La décentralisation apparaît donc comme un processus relationnel que l'on peut suivre dans le temps.

Afin de pouvoir suivre cette évolution, certains outils théoriques dont nous avons commencé la description aux sections précédentes seront utilisés. Il a déjà été précisé que la thèse constitue avant tout une étude de connexité abordant la forme et la substance des structures du système à l'étude. Il convient maintenant de préciser davantage le cadre théorique en ce qui concerne la substance de ces structures.

La grille d'analyse de l'étendue du processus de décentralisation s'inspire de travaux antérieurs (Lemieux et Turgeon 1980). Elle reprend, en les développant davantage, différentes définitions retrouvées dans la sous-section abordant l'analyse structurale (cf 1.3.4.3).


Dès 1980 une échelle permettant d'évaluer le degré de centralisation ou de décentralisation d'un organisme public ou privé était proposée (Ibid). La centralisation serait d'autant plus grande que l'échelon central conserverait les fonctions, pouvoirs et responsabilités les plus déterminants sur les différentes composantes du réseau (ou plus précisément du quasi-appareil) socio-sanitaire, alors qu'inversement la décentralisation serait d'autant plus grande lorsque certains de ces pouvoirs, fonctions et responsabilités seraient entre les mains d'acteurs jugés moins centraux, par exemple les conseils régionaux.

Pour établir de façon plus précise le degré de décentralisation d'un système, un certain ordre logique dans l'importance relative des contrôles (tableau 4) est postulé. Certains contrôles sont plus déterminants que d'autres parce qu'ils leur seraient logiquement antécédents (Lemieux, Turgeon 1980: 696). L'ordre proposé va des contrôles les moins déterminants (niveau un) vers les plus déterminants (niveau cinq).

Le premier niveau correspond aux contrôles concernant l'information circulante non-finalisante: l'ensemble des ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations et la nature même du "réseau" socio-sanitaire. Par exemple, on retrouve à ce niveau les contrôles suivants: susciter la participation, assurer des communications, recevoir et entendre les plaintes, etc.

Ce niveau inclut également des activités de cueillette d'information: identification des besoins, bilan, inventaire, élaboration de dossiers, etc, tout ce qui constitue de l'information prérequis à l'élaboration de l'information structurante dont il sera fait état au cinquième niveau.

Tableau 4. Grille d'analyse montrant l'importance relative des substrats.



NIVEAU	SUBSTRATS
1	L'INFORMATION CIRCULANTE NON – FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU "RESEAU" SOCIO – SANITAIRE).
2	LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES CRSSS ET DES ETABLISSEMENTS, LEURS CLIENTELES, PROGRAMMES ET SERVICES.
3	DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES).
4	LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS; LA MISE EN TUTELLE, LES PERMIS, LES CHANGEMENTS DE VOCATION
5	L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES).

Le second correspond aux contrôles relatifs aux ressources humaines, non-dirigeantes et dirigeantes et aux ressources matérielles non-matérielles. Ces deux ressources sont souvent indissociables dans la pratique puisqu'elles forment, entre autres, les services socio-sanitaires sur lesquelles les conseils régionaux auront un contrôle plus ou moins important. A ce niveau, les CRSSS ont seulement un pouvoir de dépenser (ou de contrôler des dépenses) des budgets définis par le Ministère: ils ne possèdent pas de contrôles sur la répartition des budgets, encore moins sur leur détermination.

Le troisième représente celui des contrôles relatifs aux ressources monétaires (budgétaires): détermination et répartition des budgets. Nous incluons à ce niveau les contrats de biens et services.

Le quatrième concerne plus particulièrement les contrôles relatifs aux postes (établissements) eux-mêmes: mise en tutelle, permis, vocation, abolition, fusion et création.

Quant au cinquième niveau, il concerne ce que nous appelons l'information structurante (Lemieux, Turgeon 1980: 694). Cette dernière définit explicitement les orientations et la nature même du système socio-sanitaire ou de l'une de ses composantes. Les contrôles qui y sont rattachés concernent la définition des objectifs, l'élaboration de politiques, l'édiction de normes ou règlements pouvant contraindre d'autres acteurs (par exemple les établissements socio-sanitaires). Cette distinction entre information structurante et non-structurante s'inspire de travaux de Laborit (1974). En contrôlant cette information structurante, ou finalisante, l'acteur ou le groupe d'acteurs contrôle ce qui doit être, les performances qui peuvent être exigées d'un autre acteur ou groupe d'acteurs.

Il faut toutefois ouvrir ici une parenthèse. Les finalités sont souvent présentées sous une forme hiérarchisée. Ainsi:

"(...) dans une "structure de finalités" tout élément d'un niveau apparaît comme un moyen permettant d'atteindre les finalités de niveau supérieur et comme une finalité à laquelle concourent les éléments du niveau inférieur (Walliser 1977: 32)."

Walliser propose de regrouper les finalités à l'intérieur d'une pyramide à trois niveaux: les finalités partielles (objectifs), les finalités intermédiaires (buts) et enfin tout au haut de la pyramide et en nombre plus restreint que dans les cas précédents, les finalités fondamentales.

Dans le cas d'une décentralisation administrative, le gouvernement du Québec choisit de déterminer lui-même les finalités fondamentales du système (Le fait qu'il peut être lui-même contraint par les finalités fondamentales du gouvernement fédéral n'est pas abordé ici). Il peut cependant confier une partie de ses pouvoirs et responsabilités concernant les finalités intermédiaires et partielles à d'autres instances qui seront plus ou moins décentralisées selon l'importance relative des substrats faisant l'objet de cette délégation.

Par ailleurs, étant donné que le Ministère qualifie lui-même depuis plusieurs années le partage des pouvoirs et responsabilités entre lui et les conseils régionaux de décentralisation administrative, expérimentale et évolutive, il devrait y avoir théoriquement dans le temps de plus en plus de contrôles importants confiés aux CRSSS, c'est à dire se situant aux troisième, quatrième et cinquième niveaux de l'ordre proposé. Théoriquement l'on peut s'attendre à ce que, au début des années 70, la décentralisation soit peu importante et qu'au fur et à mesure de l'évolution du processus, elle se "dirige" vers le bas du schéma. La théorie du politique à l'étude serait du même coup fortement remise en question puisque, comme nous sommes à même de le constater à sa lecture dans les lignes qui suivent, elle prévoit au contraire que le Ministère cherche à maintenir la centralisation.

1.6 L'hypothèse à vérifier

La loi structurale du politique que la thèse se propose de vérifier, loi qui se retrouve chez Lemieux (1979) et Lemieux et Turgeon (1980), adaptée au contexte de la santé et des services sociaux du Québec, se présenterait comme suit:

"Les acteurs les plus puissants (ministère de la Santé et des Services sociaux, Conseil du trésor) cherchent à établir ou à maintenir une structuration hiérarchique des connexions de contrôle ou, du moins des plus déterminantes d'entre elles.

Les acteurs dont la puissance est moyenne (conseils régionaux de la santé et des services sociaux) chercheraient eux à établir une structuration stratarchique, où tout en étant contrôlés par le centre, ils dominent les acteurs moins puissants.

Les acteurs les moins puissants (petits établissements, groupes communautaires) cherchent à établir une structuration coarchique des

connexions de contrôle, où chaque acteur puisse contrôler chacun des autres, de façon directe ou indirecte.

Une fois instauré le jeu de la centralisation et de la décentralisation, cette loi structurale du politique détermine, en partie tout au moins, l'action des protagonistes."

CHAPITRE 2

LES CONSEILS REGIONAUX DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
COMME ORGANISMES DECENTRALISES:
UNE REVUE DE LA LITTERATURE

Les conseils régionaux ont déjà plus de quinze ans et une littérature abondante a suivi leur évolution. Cependant très peu de recherches scientifiques ont tenté une analyse rigoureuse de ces organismes. La recension de ces recherches, de même que la démonstration de l'originalité de notre démarche par rapport à celles-ci fera l'objet de ce chapitre.

La littérature sur les conseils régionaux peut être regroupée selon trois catégories: l'expression d'opinion, la documentation administrative et enfin les études scientifiques.

Que ce soit celle de journalistes, de gestionnaires d'établissements ou du Ministère, d'associations, de fédérations ou encore de politiciens, l'expression d'opinion lorsqu'elle aborde cette question via les journaux, les revues non-spécialisées, les conférences, fait souvent le lien entre conseils régionaux et décentralisation. Bien que nous ayons pris connaissance d'une foule d'opinions telles que rapportées par les médias, notre propos s'en tiendra dans ce chapitre à analyser un type de littérature plus "objectif".

Il en va de même pour la documentation administrative (énoncés de politique, circulaires, décrets, etc) qui, invariablement, commence ainsi: "En vue de poursuivre le processus de décentralisation" ou encore "Etant donné la décentralisation dont les conseils régionaux font l'objet (...)". L'information qu'elle contient ne fait pas partie du présent chapitre. Toutefois elle fera l'objet d'un examen attentif puisqu'elle se retrouve dans la seconde partie de notre thèse.

Les études scientifiques touchant l'aspect socio-politique des conseils régionaux, ou plus généralement de la décentralisation, ne sont pas nombreuses. Bien qu'elles abordent toutes la notion de pouvoir, très peu en font la trame de fond de leur démarche et celles qui optent pour cette voie ne le font pas de la manière qui a été développée dans notre recherche. Ces études ont été regroupées selon trois approches: les conseils régionaux et la rationalité administrative, juridique et enfin politique. Ce découpage est relativement artificiel, les auteurs réalisant quelquefois leur analyse selon plus d'une approche. Nous avons donc procédé au regroupement selon l'approche que chacune de ces études privilégiait de manière plus importante.

2.1 Les conseils régionaux comme gardiens de la rationalité administrative

Le thème de la rationalité administrative comme justification de la décentralisation vers les conseils régionaux est l'un de ceux qui a le plus retenu l'attention des chercheurs. Nous relèverons ici des études se rattachant davantage au champ de l'administration publique.

2.1.1 Les travaux scientifiques

Michel Paquin (1980: 40-42) a conduit en 1979 une enquête auprès de 15 directeurs généraux de centres hospitaliers d'une même région socio-sanitaire pour connaître leur point de vue sur la décentralisation. La plupart des interviewés indique qu'il n'y a pas de décentralisation mais simplement régionalisation grâce à laquelle le ministère des Affaires sociales se départit de certaines responsabilités embarrassantes.

Cette enquête révèle que les directeurs généraux rencontrés voudraient voir le Ministère respecter davantage les décisions du conseil régional auquel ils confèreraient plus de pouvoirs de décision et financiers à la condition toutefois que la participation des établissements à la prise de décision soit assurée. Les commissions administratives régionales créées en 1977 sont considérées d'un bon oeil, assurant un meilleur équilibre du pouvoir et une meilleure répartition des ressources au sein de la région. Les interviewés admettent cependant que les participants les plus influents sont favorisés.

Dans une étude datant de la même époque, Divay (1979a: 121) sans référer directement aux conseils régionaux, suggère que la détermination du degré de centralisation s'effectue en examinant les différentes formes d'intervention de l'administration centrale, le financement et surtout la réglementation afin de cerner quelle est la marge de manoeuvre laissée à l'organisme décentralisé.

Pour lui les services de santé sont centralisés par ce que leur contenu est déterminé plus ou moins complètement, plus ou moins directement, par l'administration centrale, même si leur production est assurée par un organisme local (Divay 1979a: 123-124). A la question de savoir quelles sont les causes de l'extension des services publics et de leur centralisation, il répond (Divay 1979a: 130-135):

- le comportement des bureaucrates pour assouvir leurs intérêts et leur volonté de puissance;
- la croissance économique;
- le fait que l'électeur moyen, dont le revenu est

- inférieur au travailleur moyen, est prêt à soutenir l'expansion des services publics, espérant ainsi augmenter son niveau de vie;
- l'aspiration à l'égalité va de pair avec l'affirmation d'un droit social dont la reconnaissance s'accompagne de la création d'un service public correspondant. Or l'Etat serait réticent à confier à d'autres instances la charge complète de ce service;
 - les économies d'échelle;
 - la rationalisation de la production des services;
 - la maîtrise des externalités;
 - le fait que les "locaux" ne prennent pas leurs responsabilités;
 - le fait que les politiciens se sont laissés convaincre que la fonction de redistribution devrait être assurée au niveau le plus central possible.

Pour Divay, la décentralisation est là pour améliorer l'efficacité des services publics, c'est à dire limiter la croissance des coûts (Divay 1979b).

Il considère également que la gestion de programmes définis centralement est confiée à des responsables locaux de façon à minimiser les retombées politiques centrales (Divay 1979b: 348). Il parle alors de décentralisation d'encadrement, comme nous l'avons souligné au chapitre précédent.

Divay n'examine pas les mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux: il ne fait que porter un jugement d'ensemble où il mentionne que la décentralisation porte sur la gestion de programmes centraux, les adaptations locales éventuelles et le contrôle des résultats dans une certaine mesure (Divay 1979b: 350).

Il indique qu'on décentralise en confiant davantage de pouvoir de gestion administrative au niveau local, mais en renforçant le pouvoir central dans la définition du contenu (Divay 1979c: 6). Son jugement s'articule principalement sur une vision économique des rapports entre différents niveaux de gestion.

Le troisième auteur recensé est Gosselin. Il a effectué une analyse des conseils à partir de leur création en 1970. Pour lui, alors que le rapport de la commission Castonguay-Nepveu proposait la création d'organismes régionaux nantis d'une autorité exécutive puissante en termes de planification, programmation, allocation des ressources, contrôle et évaluation, les CRSSS qui ont vu le jour en 1971 ne seront que des organismes aviseurs sans pouvoir:

"Les premières responsabilités administratives déléguées se limitent à un pouvoir de recommandations et concernent surtout des ressources physiques plutôt que les fins ou missions des établissements concernés (Gosselin 1981: 10)."

Il n'y a pas d'ordre proposé pour les différentes responsabilités administratives déléguées. Cependant Gosselin indique que des pouvoirs de recommandations sur les ressources physiques sont moins importants que ceux portant sur les fins ou missions des établissements, indiquant par là une certaine hiérarchisation dans l'ordre des pouvoirs.

Pour lui la période 1971-1981 correspond à une augmentation de la décentralisation en faveur des CRSSS car le Ministère leur octroie des mécanismes et des responsabilités auprès d'un nombre croissant d'établissements et dans des domaines de plus en plus coûteux et complexes (Gosselin 1981: 4). Il ne donne toutefois pas de définition des domaines "coûteux et complexes".

Dans un autre article, il définit la décentralisation comme la délégation d'autorité nécessaire pour prendre les décisions à ceux qui sont responsables de l'implantation de ces décisions. Pour évaluer l'importance et la portée de la décentralisation horizontale et verticale:

"(...) il est important d'examiner les aires dans lesquelles les échelons du bas peuvent prendre des décisions finales et le rôle qu'ils leur est permis de jouer pour fournir de l'information, des avis, des choix et des critères de décision (Gosselin 1984: 8)."

Afin d'examiner ces aires, Gosselin fait un historique de la décentralisation/régionalisation et regroupe les actions du Ministère en trois phases:

1. La phase d'organisation (1971-75) caractérisée par le fait que les conseils n'ont comme moyens formels d'intervention que la persuasion personnelle et un désir de collaborer avec les instances du niveau local (les établissements). Le Ministère est prudent par rapport à la nature et l'étendue des responsabilités qu'il délègue aux conseils, se limitant à celles concernant la conduite d'études, l'assistance aux établissements, le rôle d'aviseur, etc.

2. La phase initiale de délégation de responsabilités administratives (1976-77) où les conseils régionaux sont cependant encore limités à un rôle d'aviseur, et encore, seulement par rapport à certains secteurs:

"the councils were free to advise on physical resources (e.g. buildings, machinery equipment used by the establishments), they were not invited to make recommendations concerning changes in missions, priorities or programs (Gosselin 1984: 12)."

3. La phase de délégation de responsabilités stratégiques (1977-82):

" In particular the council's responsibilities now formally extend to recommending to the DSA major mission changes of any health and social service establishment (...) With the exception of approving the operating budget of establishments, the council's influence now extends to ends and means and to missions and resources, and includes program planning, implementation and evaluation (Gosselin 1984: 12-13)."

Il conclut en indiquant qu'il faudra dans l'avenir porter davantage d'attention aux processus permettant la résolution des conflits de manière à réaliser pleinement les bénéfices de la décentralisation. C'est justement cette question qu'abordent Bégin et Ringuet.

Ils proposent une vision structuro-fonctionnaliste du système de la santé et des services sociaux. A l'intérieur de ce système, le CRSSS est en voie de devenir l'institution régionale chargée de la planification, de la programmation du contrôle et de l'évaluation des services de santé et des services sociaux. Les difficultés que connaissent les conseils régionaux proviennent en partie de leur structure organisationnelle:

"(...) les objectifs d'accessibilité, de continuité, d'adaptabilité et d'efficacité des services conférés par la Loi ainsi que le système de distribution des services mis sur pied pour les atteindre, reposent sur le postulat d'une complémentarité inter-institutionnelle quasi spontanée ou, à tout le moins, volontaire (Bégin et Ringuet 1981:28)."

Leur postulat structurel repose sur le fait que les établissements ont des missions complémentaires mais qu'un lieu de rencontre est nécessaire afin que se réalise cette complémentarité. Ce réseau institutionnel à vocation complémentaire appelle donc "une certaine coordination régionale, afin que la complémentarité des services nécessaires à l'atteinte des objectifs du système de santé soit réalisée (Bégin et Ringuet 1981: 24)".

C'est là le rôle du CRSSS, organisme en grande partie "auto géré" c'est à dire fortement dynamisé par le milieu même dont il a la charge de coordonner le fonctionnement. La structure organisationnelle même du conseil régional constitue un des moyens les plus importants pour arriver à la concertation (Bégin et Ringuet 1981: 26,31). Elle doit pouvoir rejoindre les trois dimensions ou niveaux de concertation institutionnelle: intra-institutionnelle (I), inter-institutionnelle impliquant des établissements de même catégorie (II) et inter-institutionnelle regroupant différentes catégories d'établissements (III).

Or la façon dont se sont structurés les conseils régionaux à ce jour, via notamment la création de commissions administratives régionales regroupant des établissements semblables (II) ou des établissements de types différents sur la base de problématique (III) n'est pas sans soulever des difficultés.

La performance mitigée des conseils régionaux est mise en partie sur le compte d'une mésadaptation structurelle et les jeux de pouvoir y sont abordés en termes de difficulté des relations entre institutions:

"Le modèle d'intégration horizontale (i.e. de complémentarité inter-institutionnelle) ne saurait être vraiment opérationnel sans que tous les intervenants réalisent un minimum de concertation entre eux sur les objectifs à atteindre et sur les moyens pour y arriver (...) La continuation de la concertation est liée à la résolution de certaines difficultés inhérentes à ses structures actuelles et aux modalités de fonctionnement régionales (Bégin et Ringuet 1981: 27,30)."

Pour tenter de résoudre ces difficultés, les auteurs proposent un modèle théorique d'intégration (intégration définie comme la qualité de la collaboration devant s'établir entre des unités différenciées dans la poursuite d'objectifs communément acceptés (Bégin et Ringuet 1981:33)): un organigramme-type matriciel tri-dimensionnel d'un CRSSS. Selon eux, la réorganisation structurelle peut constituer un bon moyen d'intégration. Ils insistent sur la complémentarité des pouvoirs que permettra leur modèle.

Le conseil régional de la santé et des services sociaux deviendrait le lieu de concertation des établissements, la permanence du CRSSS entretenant des relations avec chacune des composantes de la structure de concertation de façon à assurer le support logistique, informationnel et professionnel entre les différents comités-programmes, commissions administratives et de planification.

2.1.2 Les études ministérielles

Du côté du Ministère, les publications relatives aux conseils régionaux sont pour ainsi dire inexistantes avant 1983. Un document de consultation sur les éléments pour une politique de décentralisation fut rédigé en 1980 (MAS 1980). Il ne constitue cependant pas une analyse du processus de décentralisation vers les conseils et les établissements. Tout au plus mentionne-t-il que le CRSSS, compte tenu de l'efficacité avec laquelle il a rempli les différents mandats que lui a confié le Ministère, doit être considéré comme un partenaire indispensable (MAS 1980: 28). Rien toutefois dans ce document ne vient appuyer ce jugement sur la performance des conseils régionaux. Il propose plutôt que certaines attributions appartenant au Ministère leur reviennent. Ce document est à ce jour resté lettre-morte, bien que les conseils, via la Conférence des CRSSS, n'aient cessé d'en demander la concrétisation au Ministère.

A partir de 1983, certaines recherches sont venues combler cette lacune. Il s'agit des travaux que nous avons réalisés alors que nous étions à l'emploi du Ministère, et ce simultanément à nos études doctorales. Ils ne sont pas repris en détail ici puisque leur contenu, bien que partiellement, fait l'objet d'une analyse dans les prochains chapitres de la thèse.

2.2 Une analyse juridique de la décentralisation vers les conseils régionaux

Au début des années 80, Lajoie, Molinari et Auby (1981) situaient les conseils régionaux sur une courbe évolutive dont le terme n'était pas atteint à l'époque. Dans un récent rapport (Lajoie, Molinari, Richard: 1987), ces chercheurs se sont penchés sur le droit adopté (en opposition au droit appliqué) entre 1981 et 1987.

L'une des études contenue dans ce rapport (Richard et Molinari 1987a) aborde plus spécifiquement la question des aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau. Elle analyse l'évolution des missions confiées aux trois paliers (central, régional, local) de façon à pouvoir déterminer dans quelle direction s'est déplacée cette courbe.

Par rapport aux conseils régionaux, les auteurs s'interrogent à savoir si l'accroissement de leurs pouvoirs provient d'une diminution de ceux du palier central ou de ceux des établissements. Ils étudient également leur statut juridique en se demandant s'ils sont véritablement des corporations autonomes ou simplement des mandataires de l'Etat.

2.2.1 Le déplacement de la courbe

Richard et Molinari rappellent tout d'abord le rôle des conseils relativement à la mise en place et au développement des établissements pour ensuite s'intéresser au contrôle qu'ils peuvent exercer sur certaines de leurs activités.

Après avoir constaté que les conseils ne jouent aucun rôle par rapport à la constitution des établissements, les auteurs analysent deux facettes du développement des établissements: les transactions immobilières et les fusions d'établissements.

Ils soulignent les pouvoirs de consultation mais également d'approbation des conseils régionaux par rapport à certaines transactions immobilières (comme par exemple les travaux de construction d'un coût inférieur à un certain montant) comme moyens d'influencer le développement des établissements et leur rôle consultatif relativement aux questions de fusion d'établissements.

Lorsqu'ils examinent les documents officiels, Richard et Molinari estiment que la nature du pouvoir d'approbation consenti aux conseils régionaux leur permettrait de structurer l'ensemble des activités cliniques de leur région:

"Depuis 1981, on constate une multiplication des interventions étatiques ou régionales pour assurer un certain contrôle de diverses activités internes des établissements. (...) Les CRSSS détiennent désormais des pouvoirs qui leur permettent d'agir en planificateur de l'ensemble des activités de leur territoire (...) la législation permet expressément aux CRSSS de contrôler et structurer la départementalisation clinique sur l'ensemble de leur territoire (...) Ces nouveaux pouvoirs, plus vastes (...) fournissent aux CRSSS les moyens nécessaires pour effectuer, selon le plan d'ensemble qu'ils auront établi, la répartition régionale des ressources et des services (Richard, Molinari 1987a: 20,26-28)."

Il est trop tôt pour mesurer l'impact réel de cette nouvelle mission bien que les auteurs affirment qu'il sera considérable sur l'organisation clinique des établissements.

"Tout porte à croire que le cadre juridique des services de santé et des services sociaux a été aménagé de manière à permettre la réalisation d'objectifs destinés à relier un ensemble parfois hétéroclite de services et d'infrastructures selon une logique fortement inspirée d'impératifs de rationalisation économique (Richard, Molinari 1987a: 42)."

Le palier régional est également considéré comme l'initiateur des interventions de santé communautaire dans les DSC suite à l'adoption de l'article 74 du Règlement accompagnant la Loi 27 (1981).

Les auteurs présument également que les conseils régionaux pourront élaborer les plans d'effectifs médicaux et dentaires comme ils l'entendent à l'abri de toute résistance que pourraient vouloir leur opposer les établissements locaux, bien que le ministre se soit réservé le pouvoir de les modifier (Richard, Molinari 1987a: 29).

Relativement au contrôle de la demande de services, ils examinent le rôle des conseils en regard des critères d'admission et de sortie ainsi que de politiques de transfert des bénéficiaires. Ils concluent que le pouvoir qu'ont les conseils régionaux d'élaborer en ces domaines des systèmes régionaux en est un de contrainte importante sur les établissements de leur région.

2.2.2 D'où provient l'accroissement de leur pouvoir?

Les auteurs relèvent le transfert de pouvoirs du gouvernement vers le Conseil du trésor pour tout ce qui concerne les acquisitions, constructions et aliénation d'immeubles servant aux fins d'un établissement. Pour eux, le législateur a investi les paliers central et régional de nouveaux pouvoirs de façon à structurer le réseau pour qu'il offre une meilleure répartition des ressources, et ce au détriment des établissements qui sont les grands perdants de toute cette opération (Richard, Molinari 1987: 17).

2.2.3 Organismes autonomes ou mandataires du Ministère?

Suite à leur analyse des pouvoirs du palier central où il existe un contrôle étroit du Gouvernement à l'égard des conseils régionaux de la santé et des services sociaux, ils les considèrent comme des mandataires du Ministère.

Les auteurs de ce rapport de recherche considèrent que le rôle accru des conseils constitue une des caractéristiques principales de l'évolution du réseau des affaires sociales (Lajoie, Molinari, Richard 1987: 11). Il appert selon leurs conclusions qu'ils jouent dorénavant un véritable rôle de gestion et de commandement.

2.3 Les CRSSS comme instrument politique

L'ambivalence des conseils régionaux provient du fait que la décentralisation est un terme équivoque associé tantôt à la rationalisation des structures de l'Etat, tantôt aux notions de démocratie de la base, d'autonomie. C'est sur cette seconde dimension des CRSSS que se sont penchés les auteurs regroupés dans cette section.

2.3.1 Une analyse politique des conseils régionaux

C'est, selon leur propre terme, à une analyse politique des conseils régionaux de la santé et des services sociaux que nous convient Lemieux, Renaud et Von Schoenberg dans leur recherche publiée en 1974. Les auteurs indiquent que leur intérêt réside dans l'étude des relations de puissance entre les acteurs publics dans la formation des choix publics dont ils distinguent trois niveaux: le politique, l'administratif et le social. Ils introduisent également l'idée de choix-frontières: politico-administratif, socio-politique et socio-administratif.

Tous ces choix portent sur l'attribution de moyens: les ressources, les postes et les pouvoirs, ces derniers étant définis comme la capacité de participer à la formation des choix publics (Lemieux, Renaud, Von Schoenberg 1974: 6). Ils mesurent la puissance d'un acteur, qui consiste à conformer le choix public à son choix privé, selon son habileté à gagner la lutte pour le contrôle, que ce soit selon la ligne du commandement ou par le jeu des pressions. Enfin ils croient que les acteurs se préoccupent, à des degrés divers de la structuration du contrôle dans l'ensemble du réseau socio-sanitaire, ou encore dans le sous-ensemble où ils sont inclus (Lemieux, Renaud, Von Schoenberg 1974: 8).

Ils regardent tout d'abord la période de création des conseils, de même que celle de leur implantation et tentent de voir comment les différents acteurs ont tenté de structurer le contrôle.

Dans la lecture qu'ils font des travaux de la commission Castonguay-Nepveu, les auteurs situent les offices régionaux de la santé et ceux des services sociaux dans la ligne administrative du commandement et les conseils régionaux de la Santé et ceux des Services sociaux dans le circuit de la pression.

Ils notent que les recommandations de la Commission ne se sont pas traduites fidèlement dans la première version du projet de Loi 65 (1971) puisque celle-ci propose la création d'offices régionaux des Affaires sociales (ORAS), dont le rattachement à la ligne du commandement est moins nette:

"Il semble bien que, pour leurs activités de commandement, les offices relèvent davantage d'instances politiques (le lieutenant-gouverneur en conseil) alors que, dans leurs activités de pression, ils se rattachent à une instance administrative (Lemieux, Renaud, Von Schoenberg 1974: 23)."

La réaction des publics à cette première version de la loi est analysée de la même façon :

"Les différents publics qui se sont exprimés à la Commission parlementaire considèrent tous que le projet de loi ne leur accorde pas les moyens suffisants pour agir efficacement dans les relations de puissance avec les offices, le Ministère ou le pallier politique (Lemieux, Renaud, Von Schoenberg 1974: 32)."

Suite aux nombreuses réactions souvent hostiles, la seconde version du projet de Loi 65 qui est déposée proposera des organismes régionaux encore plus éloignés des vues de la commission.

Lemieux et ses collaborateurs concluent que les nouveaux conseils régionaux, qui seront à peu de choses près les CRSSS créés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux adoptée en décembre 1971, sont surtout installés dans le circuit de la pression. Les auteurs indiquent également que le niveau politique trouve nécessaire d'atténuer les pouvoirs des conseils compte tenu du fait qu'il relâche simultanément son emprise sur ces postes, ces derniers devenant plus perméables aux demandes et aux besoins de la population (Lemieux, Renaud, Von Schoenberg 1974: 35-36).

Après avoir donné un pseudonyme à chacun des CRSSS pour respecter la confidentialité des entrevues, ils démontrent comment, lors de l'implantation des conseils régionaux, les acteurs ou groupes d'acteurs (en l'occurrence les CH) qui ont réussi à faire passer leurs préférences au moment de la constitution des conseils d'administration des conseils régionaux se sont vus en meilleure position pour les choix subséquents: choix du siège social, du directeur général et des membres du comité administratif de chacun des conseils.

Suite à cette première analyse portant sur la création et l'implantation des conseils régionaux, les auteurs nous communiquent les résultats a) d'entrevues conduites auprès de directeurs généraux et présidents de CRSSS b) de leur lecture des dossiers et procès-verbaux et c) d'un questionnaire envoyé à tous les membres qui ont fait partie des conseils d'administration des CRSSS. Ils étudient plus particulièrement deux séries de choix publics: la formation des conseils d'administration des établissements et les services d'urgence. Les connexions des CRSSS avec différents acteurs (MAS, établissements et la population) de leur environnement sont également étudiées.

Ils étudient également la distribution de l'influence entre les niveaux hiérarchiques de chacun des conseils régionaux (directeurs généraux, conseil d'administration, permanents, comités administratifs) grâce à la méthode des graphiques d'influence développée par Tannenbaum (1968) qui permet de mesurer le degré d'influence qui s'exerce en fait et qui devrait s'exercer dans l'idéal de même que la répartition de cette influence entre les différents échelons qui composent l'organisation des conseils.

Ils constatent que les représentants du secteur le plus puissant (CH) sont les moins satisfaits du niveau d'influence réel qu'exerce le conseil d'administration (c.a.) du conseil régional. À l'autre extrême, les représentants des universités et des CLSC s'accommodent bien de la situation: ils préfèrent une répartition plus égalitaire entre les niveaux hiérarchiques des CRSSS. L'explication donnée consiste à indiquer que les CH, en général, veulent contrôler la permanence des conseils via le c.a. qu'ils croient dominer. À l'inverse, les CLSC préféreraient faire confiance à la permanence, celle-ci étant perçue comme généralement garante de plus d'objectivité.

L'analyse du rôle des CRSSS, dans le processus de formation des conseils d'administration d'établissements, débouche sur deux constats. Premièrement, bien que ce processus pouvait permettre la participation des établissements au commandement lors de l'adoption et l'approbation de règlements d'élection et l'application de cette procédure, seulement quelques CRSSS ont tempéré cet exercice de commandement en consultant les établissements. Deuxièmement, les auteurs notent les écarts importants dans la façon chez les différents conseils régionaux de réaliser la pression concernant les activités pour inciter à la participation les différents groupes d'acteurs locaux.

L'étude des services d'urgence amène Lemieux et ses collaborateurs à constater qu'encore une fois il n'y a pas de comportement uniforme chez les conseils régionaux. Par exemple ils notent que là où une centralisation et une

diminution des cliniques d'urgence s'imposeraient, les CRSSS évitent de se prononcer compte tenu que leurs "adversaires" sont des établissements (CH) et des professionnels (médecins) puissants dont les intérêts sont en jeu. Ces conseils régionaux préfèrent rester vagues quant aux solutions et les repousser à plus tard.

L'analyse politique faite des relations entre les CRSSS et le ministère des Affaires sociales, les établissements et la population s'articule autour des notions de circuit de la pression et de ligne du commandement.

Selon les groupes d'acteurs ministériels identifiés, trois attitudes se dégagent face aux conseils:

1. Considérer les CRSSS comme les bras du Ministère, c'est à dire des organismes déconcentrés. Ils se situent alors dans la ligne du commandement.
2. Considérer les CRSSS pour ce qu'ils sont (à l'époque) sur papier, soit des organes consultatifs. Ils sont alors situés alors dans le circuit de la pression.
3. Considérer les CRSSS comme les dépanneurs du Ministère, ceux à qui il refile "les patates chaudes". Ils sont alors considérés par certains acteurs ministériels comme un moyen pour le Ministère d'exercer du commandement.

La partie des résultats du questionnaire provenant des membres représentant les établissements socio-sanitaires et les entrevues accordées par certains membres des CRSSS sont également analysées pour dégager un profil des relations entre les conseils régionaux et les établissements. Cinq attitudes sont relevées.

1. Ignorer le CRSSS. Les gros établissements (gros CH mais aussi CSS urbains et gros centres d'accueil) préfèrent généralement ignorer le CRSSS. Ils refusent ainsi la stratarchie et optent pour un lien direct avec le Ministère. Cette ligne de commandement leur semble moins contraignante que ne le serait celle passant par une structure régionale plus près d'eux, donc plus en mesure d'évaluer la pertinence de leur demande.
2. Le conseil régional est un sauveur. Les petits établissements, particulièrement les centres d'accueil considèrent le CRSSS à la manière d'une bouée de sauvetage permettant de suppléer aux carences de compétences administratives des gestionnaires de l'établissement et ainsi de pouvoir remplir les commandes du Ministère.

3. Le CRSSS comme collaborateur. Les établissements agissant ainsi se méfient tout de même de l'importance qu'il pourrait prendre comme échelon supplémentaire dans la ligne du commandement des affaires sociales.
4. Le CRSSS comme groupe de pression face au Ministère. Ici les établissements veulent faire du conseil régional un représentant de leur point de vue au Ministère.
5. Le Ministère en région. Les auteurs soulignent avec pertinence l'ambiguïté de cette attitude qui consiste à vouloir à la fois un conseil régional fort et qui ne provoque pas le recul des établissements. Selon eux un CRSSS qui prendrait en charge certaines des fonctions du Ministère perdrait sa neutralité.

Enfin ils étudient les liens qui unissent CRSSS et population sans pouvoir en tirer de conclusions fiables compte tenu du fait que la situation varie grandement d'une région à l'autre.

Suite à cette analyse, Lemieux et ses collaborateurs proposent une typologie des CRSSS qui s'articule autour de deux idées:

1. L'intérêt d'un CRSSS pour la ligne du commandement se concrétise par l'implantation et la gestion de programmes.
2. Celle pour le circuit de la pression se traduit par un intérêt plus grand pour l'analyse des besoins de la population.

Selon leur propension à se situer dans la ligne du commandement (C), dans le circuit de la pression (P) ou quelque part entre ces deux pôles, les auteurs identifient quatre types de CRSSS:

1. Les CRSSS de type "P" refuse de participer au commandement du Ministère, d'où l'absence de la lettre "c";
2. Le type "Pc" où encore une fois la pression a prépondérance sur le commandement, mais de manière moins importante que dans le type précédent;
3. Le type "pc" regroupe les CRSSS qui ne semblent pas avoir opté pour l'une ou l'autre des formes de contrôles;

4. Le type "pC" regroupe les conseils régionaux qui se montrent intéressés à devenir le Ministère en région.

La présence de différents types de CRSSS s'expliquerait selon les auteurs par le fait qu'ils ont développé des coalitions ou des alliances différentes, souvent déterminées par la configuration (niveau d'urbanisation, importance des ressources socio-sanitaires, grosseur de la population) des régions, de manière à pouvoir imposer la structuration de contrôle qui les met dans la meilleure position possible, "celle où ils ont le plus de chance d'exercer de la puissance dans la formation des choix publics en matière d'affaires sociales (Lemieux, Renaud, Von Schoenberg 1974: 148)".

2.3.2 Les travaux de Frédéric Lesemann

Pour Lesemann la décentralisation est vue comme un enjeu politique de taille, exprimant un rapport entre une base et un sommet (Lesemann 1978: 28). Il oppose, ainsi que nous l'avons vu au chapitre précédent, décentralisation technocratique, qui part du sommet et se rend à la base, à politique où la base définit le processus de décentralisation. La première fait référence explicitement aux CRSSS, la seconde aux municipalités.

Selon l'auteur il faut chercher dans la crise économique l'intérêt de l'Etat pour une décentralisation technocratique accrue, cette dernière étant synonyme de recherche d'une plus grande productivité et d'une diminution des coûts par le centre. Elle est conforme selon lui aux exigences d'organisation des sociétés capitalistes monopolistes basées sur la division croissante du travail (Lesemann 1978: 42).

L'Etat intervient donc pour Lesemann selon un modèle de décentralisation où les organes régionaux sont des barrages de sécurité. Les conseils régionaux et le Ministère ne font qu'un, les premiers agissant comme relais du second.

2.3.3 Les travaux de Marc Renaud

L'approche de Marc Renaud (1977) est dialectique: des élites technocratiques avec des idéaux socio-démocrates investissent l'Etat et s'emparent des leviers déterminants. La lutte pour le contrôle des CRSSS s'inscrit ainsi plus largement dans une lutte de classe pour le pouvoir et représente un débouché supplémentaire pour une élite québécoise francophone.

Renaud appuie sa vision sur les travaux de Robert Alford (1975) pour qui le domaine de la santé a vu apparaître depuis le début des années 40 une nouvelle idéologie: celle de la rationalisation bureaucratique et corollairement des

rationalisateurs bureaucratiques (Renaud 1977: 147). Ces rationalisateurs bureaucratiques veulent à toutes fins pratiques contrôler les professionnels de la santé. La lutte qu'ils se livrent ne doit pas faire oublier que ces deux fractions de la classe moyenne vivent également en symbiose:

"Ni l'un ni l'autre n'a intérêt à s'affronter véritablement, en ce sens que l'élaboration des contrôles bureaucratiques en haut de la structure est justifiée par le besoin de coordonner l'expansion des unités des services en bas de la structure (Renaud 1977: 147)."

Il ajoute que ces combats se font au détriment de la population dont certains groupes - travailleurs dans les CLSC, usagers élus dans les c.a., professionnels para-médicaux, etc - vont riposter et obliger l'Etat à se réajuster afin de maintenir l'harmonie sociale.

2.4 Conclusion

Cette revue de la littérature n'est pas exhaustive. Elle couvre cependant les travaux scientifiques les plus importants qui ont abordé la question de la décentralisation vers les conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Le traitement des recherches qui s'y retrouvent peut sembler inéquitable en terme d'espace occupé. Il se veut le reflet de l'importance relative de ces études eu égard à la place qu'elles consacrent aux questions qui nous préoccupent.

Par ailleurs, il faut rappeler que les trois premiers chapitres de la seconde partie de la thèse feront l'inventaire et analyseront en détail la documentation administrative. Cette revue semble suffisante pour démontrer en quoi notre démarche se distingue du reste de la littérature scientifique.

Ces recherches ont toutes abordé à des degrés divers la notion de pouvoir, une seule (Lemieux, Renaud, Von Schoenberg 1974) ayant défini les relations de pouvoir comme premier élément constitutif de toute organisation humaine. Nous verrons comment notre propre recherche se distingue même de cette étude.

L'étude de Paquin tient davantage du sondage d'opinion que de la recherche. En effet il se contente d'exposer les résultats de son enquête. On y devine les jeux de pouvoir que voudraient modifier les directeurs généraux interrogés, mais Paquin n'a pas développé préalablement ou a posteriori un cadre d'analyse permettant une explication des réponses obtenues. L'échantillon est limité à une seule

catégorie d'établissements et à une seule région, ce qui ne permet pas de tirer de conclusions quant à l'évolution du processus de décentralisation à l'échelle du Québec.

Les travaux de Gosselin sur le processus de décentralisation/ régionalisation vers les CRSSS se démarquent des nôtres en ce qu'ils représentent plutôt une évaluation de ce processus en termes de performance administrative.

Toutefois, bien qu'il ne le mentionne pas explicitement, Gosselin réfère à différents types de responsabilités, dont l'importance va en croissant: des responsabilités d'aviseur ou de recommandations à des responsabilités stratégiques. De même, il indique que certains mandats confiés aux CRSSS sont plus importants que d'autres. Par exemple, il considère que les mandats concernant les changements de mission des établissements socio-sanitaires, les priorités ou les programmes sont plus importants que ceux abordant la question des ressources physiques.

Par ailleurs, son analyse s'articule principalement à un autre niveau: tout comme Bégin et Ringuet il propose d'identifier quels sont les processus structurels qui permettraient la résolution des conflits qui traversent les CRSSS. Ces auteurs font le pari qu'une modification des structures organisationnelles des conseils régionaux devrait permettre une amélioration du processus de décentralisation.

L'analyse juridique de Richard et Molinari du droit adopté, fait apparaître le CRSSS comme ayant des pouvoirs extrêmement importants. Le cadre normatif autorise en effet les conseils régionaux, selon l'interprétation qu'ils font des lois et règlements, à intervenir directement dans la prestation et la consommation de soins et de services.

Notons tout d'abord que ce constat ne serait valide que pour les deux facettes du développement des établissements qu'ils ont abordées, soit les transactions immobilières et les fusions d'établissements. A cette analyse strictement juridique, nous ajoutons une dimension politique. L'analyse structurale proposée dans le cadre de la thèse permet de tenir compte et de mettre en relief le contexte général, les nuances et surtout les ambiguïtés des documents législatifs et réglementaires, ce sur quoi les études de Richard et Molinari passent trop rapidement selon nous.

Comme ils l'admettent eux-mêmes, l'analyse juridique n'est pas une grille conçue pour interpréter des attitudes ou des comportements politiques. Ils confirment le bien-fondé de notre approche qui se veut en partie complémentaire à la dimension qu'ils ont étudiée.

L'étude de Lemieux, Renaud et Von Schoenberg s'inscrit à l'intérieur de ce que certains auteurs nomment le paradigme systémique. Elle repose sur une analyse de la lutte pour le contrôle, lutte ayant pour enjeu des choix publics, attributeurs de moyens (ressources, postes, pouvoirs). Ils considèrent les pouvoirs comme plus importants que les postes, ceux-ci l'étant eux-mêmes plus que les ressources.

Nous avons distingué davantage que Lemieux et ses collaborateurs l'importance relative des différentes ressources et reconnu le fait que les contrôles sur les postes (le niveau quatre de notre grille d'analyse) sont plus importants que ceux sur les ressources humaines, matérielles et budgétaires (niveaux un, deux et trois de la grille). Notre propre démarche se distingue également en ce qu'elle propose un ordre logique d'importance entre des substrats, ceux-ci regroupant à la fois les ressources et les postes. Enfin il faut souligner que la principale limite de leur étude réside plutôt dans le moment où elle a été réalisée, soit en 1974 au moment où les conseils régionaux avaient moins de trois ans d'existence.

Quant aux travaux de Lesemann et Renaud, ils sont davantage axés sur les relations de pouvoir en tant qu'expression des luttes de classe. Ils s'intéressent peu à un niveau relevant de la dynamique des organisations, ce que permet davantage l'approche systémique. Grâce à celle-ci, nous allons relier entre eux les concepts d'organisation, de contrôle et de pouvoir.

L'originalité de la thèse consiste donc à vérifier une loi du politique au moyen d'une analyse structurale des contrôles portant sur différents niveaux de substrat. Ces contrôles, ce sont tout d'abord ceux que le ministère des Affaires sociales, (et plus largement le gouvernement du Québec), en tant que définisseur des normes, a confiés aux CRSSS durant la période 1971-1987. Ce sont également les contrôles "désirés" idéalement pour les CRSSS par deux commissions d'enquête et par certains acteurs individuels stratégiques. Avant de procéder à cette vérification, il convient d'expliquer la méthodologie utilisée.

CHAPITRE 3
METHODOLOGIE

Sur le plan méthodologique, la démarche s'effectue en deux temps. Tout d'abord elle consiste à faire un relevé exhaustif puis une analyse structurale des recommandations relatives à la décentralisation et à la régionalisation contenues dans les rapports de deux commissions d'enquête, répétant ensuite la même opération en ce qui a trait à la documentation législative et administrative dont les CRSSS ont fait l'objet depuis leur création. Dans un deuxième temps, certains résultats d'une enquête à laquelle nous avons activement participé (Bhérier 1986) sont analysés de façon à connaître les préférences d'acteurs individuels moins "centraux" relativement au CRSSS idéal.

3.1 Recension et analyse des ordres conçus

3.1.1 Démarche méthodologique générale

Les principaux documents traitant ou adressés aux CRSSS issus du ministère de la Santé et des Services sociaux (et précédemment du MAS), ou plus largement du gouvernement du Québec, seront recensés pour la période de décembre 1971 au 1er janvier 1988. Il s'agira essentiellement des textes de loi, décrets, circulaires ou directives concernant ces organismes régionaux. Seront également recensées les différentes recommandations relatives à l'organisation du système de santé et de services sociaux des commissions d'enquête Castonguay (1966-1973) et Rochon (1985-1988). L'ensemble de cette information sera regroupée en sept grandes périodes:

1. La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être (1966-1973).
2. La Loi sur les services de santé et les services sociaux du 22 décembre 1971.
3. Les premières années des CRSSS 1972-1977.
4. La période 1978-1981.
5. La Loi 27 (1981).
6. La période 1982-1987.
7. La Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (1985-1988).

Pour chacune de ces périodes l'on retrouvera des tableaux rappelant les principaux mandats ou recommandations concernant les conseils régionaux. Les mandats ou recommandations d'une même période seront classifiés à l'intérieur de la grille d'analyse développée précédemment. Cette méthode permettra de porter un premier jugement sur l'évolution du processus de décentralisation. Il s'agira essentiellement de juger si, dans le temps, il y a eu évolution dans l'importance des contrôles confiés aux CRSSS par le noyau central.

Une série de multigraphes, un pour chaque niveau de substrat, sera ensuite produite, constituant la suite de l'analyse structurale du phénomène à l'étude. Pour les fins de cette dernière analyse, d'autres données seront prises en compte. En effet, il faut tenir compte de "l'environnement législatif" de la décentralisation vers les conseils régionaux si nous ne voulons pas refléter qu'une partie de la réalité législative et réglementaire. Par exemple, le rôle du Ministère par rapport aux établissements ou à la population, celui du Conseil du trésor ou encore celui des associations de médecins ne peuvent pas être passé sous silence. Ces données sont généralement contenues dans les lois et règlements régissant l'ensemble du système socio-sanitaire.

Pour cette raison, deux types de connexions de contrôle seront distingués: spécifiques et complémentaires. Les connexions spécifiques, qui seront représentées par des lignes fines entre les différents postes, représenteront les connexions déterminées spécifiquement par les mandats dévolus aux conseils régionaux. Les connexions complémentaires, lignes en caractère gras dans les multigraphes, feront référence au contexte législatif, réglementaire et administratif entourant ce processus de régionalisation.

Enfin les sept périodes seront regroupées deux à deux, à l'exception de la dernière, à l'intérieur des quatre premiers chapitres de la seconde partie de la thèse.

3.1.2 Règles concernant la recension des ordres conçus de nature institutionnelle

En ce qui concerne les deux commissions d'enquête, les recommandations retenues concernent spécifiquement le niveau régional et l'organisation du "réseau" socio-sanitaire.

Parmi les centaines de documents envoyés aux CRSSS de 1973 à 1987, une sélection a été faite. Les règles suivantes ont été déterminées:

- #1. Par "mandat", nous entendons toutes fonctions, pouvoirs, responsabilités confiés aux conseils régionaux. De plus, un document peut contenir plus d'un mandat. Par exemple un décret n'est pas un mandat: il peut contenir plusieurs mandats. Un article de loi n'est pas un mandat: il peut se subdiviser en plusieurs mandats. C'est l'inventaire de ces mandats qui a été effectué en indiquant toujours sa provenance: article de loi, décret ou circulaire;

- #2. Les mandats retenus sont ceux figurant dans les articles de loi, les décrets et les circulaires administratives concernant les CRSSS;
- #3. Le document doit spécifier explicitement comme destinataire le directeur général ou le président du conseil régional;
- #4. Les mandats retenus sont ceux adressés à l'ensemble des conseils régionaux sauf dans trois cas:
 - Les expériences-pilotes des régions de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean;
 - "Urgence-Santé" pour la région de Montréal-métropolitain;
 - les mandats adressés à deux regroupements de régions: universitaires ou non.
- #5. Les lettres sont explicitement exclues;
- #6. Les mandats adressés aux CRSSS concernant la santé et la sécurité au travail de même que la protection de la Jeunesse sont exclus ;
- #7. Les mandats récurrents ne sont retenus que lors de leur première apparition;
- #8. Les circulaires qui ne font que reprendre le contenu d'un texte législatif, d'un décret ou d'un règlement sont exclues;
- #9. Les ajouts "à la marge" sont pris en compte. Par exemple, si une circulaire plus récente reprend une ancienne mais ajoute un nouveau mandat, elle apparaît à l'inventaire de même que ce nouveau mandat.

3.1.3 Validation de la grille d'analyse

Une validation de la grille d'analyse a été effectuée. Pour ce faire, dans un premier temps, cinq personnes oeuvrant comme chercheur(e)s au DSC du centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) se sont vues remettre un document (annexe 1) en trois parties: la description d'une grille apparaissant dans un document de recherche de 1983 (MAS 1983), le libellé de 20 mandats recensés dans la thèse, une grille à remplir.

Ces personnes étaient invitées individuellement à lire la description fournie et à classer les 20 mandats à l'intérieur de la grille. Les résultats de cette démarche apparaissent à l'annexe 2.

Préalablement à l'analyse de ces résultats, il est important de souligner que cette grille diffère de celle de la présente recherche sur deux points: Premièrement elle ajoutait de manière **explicite** à l'intérieur de la grille même une dimension supplémentaire d'analyse en distinguant entre pouvoirs de pression, de gestion et de commandement. Nous avons déjà abordé cette distinction (cf section 1.2.2) et indiqué alors que cette typologie jouerait un rôle limité dans le développement de la thèse. En second lieu, les définitions des niveaux de substrat sont un peu différentes de celles qui y sont retenues.

Par rapport au corrigé élaboré à partir du document de 1983, les "notes" obtenues par les cinq personnes sont les suivantes: 70%, 70%, 70%, 85%, 85%, soit une moyenne de 76%. En consultant l'annexe 2, nous pouvons constater que:

- Pour neuf des 20 mandats, tous les répondants ont indiqué la réponse prévue;
- Pour quatre autres mandats, quatre répondants sur cinq ont indiqué la réponse prévue;
- Pour les mandats attribués aux niveaux de contrôles un, trois et cinq, les réponses sont exactes à au moins 80%.
- C'est pour le quatrième niveau de la grille que nous observons les réponses les plus aléatoires.

De plus il faut souligner que nous avons colligé également les réponses selon l'axe "type de pouvoir". Le "corrigé" donne les résultats suivants: 65%, 75%, 80%, 85%, 90% pour une moyenne de 79%. Bien qu'exprimé en termes de continuum et ne se retrouvant pas comme tel dans la littérature, cette différenciation de trois types de pouvoirs semble correspondre à une certaine réalité.

Suite à cette première validation, les définitions de chacun des niveaux ont été modifiées afin de tenter de mieux les préciser. Ce sont ces nouvelles versions qui sont retenues dans la présente recherche (cf section 1.5.1).

Les cinq mêmes personnes ont été à nouveau consultées en leur fournissant cette fois une copie des nouvelles définitions et de la nouvelle version de la grille. La typologie "recommandation, coordination et commandement" était cette fois absente, tant au niveau des définitions que de la grille. Les documents envoyés pour ce deuxième test apparaissent à l'annexe 3 et les résultats de cette consultation à l'annexe 4.

Par rapport au nouveau corrigé, les "notes" obtenues furent les suivantes: 40%, 50%, 70%, 80%, 80% soit une moyenne de 64%. Ce n'était évidemment pas le résultat recherché... Puisqu'il faut apprendre de nos erreurs, nous avons examiné attentivement l'ensemble de ces résultats et constaté les faits suivants.

Au niveau du contrôle sur l'information circulante (premier niveau), les résultats ne se sont pas améliorés: de 10/10 à 12/15. La différence dans les dénominateurs provient du fait que le mandat #19 a été reclassé du niveau deux (1er test) au premier niveau (2ième test), suite justement aux résultats du premier test. Globalement, les répondants ont classé plus souvent des mandats à ce niveau lors du second test que du premier: respectivement 25 fois comparativement à 19. Le déplacement s'est effectué surtout dans le cas des mandats #9 et #17 qui commencent ainsi: "Conseiller..." Nous pouvons dès lors suggérer qu'un biais s'est glissé, certains répondants associant exclusivement pouvoir de recommandation au premier niveau de la grille.

Au second niveau de la grille, il faut parler d'une relative détérioration des résultats: 24/35 (68%) au premier test, 11/20 (55%) au second. La différence dans les dénominateurs provient du fait que trois mandats ont changé de niveau: #19, #13, #20, respectivement au premier, cinquième et troisième niveau maintenant. Un second biais apparaît cette fois. Il est illustré par les cas des mandats #16 et #18:

#16 "Le CRSSS assure le contrôle budgétaire des décisions prises relativement au financement des services de santé mentale de son territoire (...)"

#18 "(...) relativement aux activités de contrôle et d'évaluation, le CRSSS vérifie si les objectifs qu'il a fixé aux établissements dans sa planification régionale ont été atteints (...)"

Lors du premier test, tous les répondants avaient classé ces mandats au niveau attendu, soit au troisième (#16) et au cinquième (#18) niveau. Ils sont respectivement trois et quatre sur cinq à avoir opté pour le second niveau lors du deuxième test. Cette fois le biais consiste à associer les activités de coordination (gestion) de façon trop importante au second niveau de la grille.

En ce qui a trait au troisième niveau, celui du contrôle sur les ressources monétaires, la belle unanimité obtenu lors du premier test s'est évanouie. Globalement les répondants ont classé moins souvent des mandats à ce niveau lors du second test que du premier: respectivement 16 fois comparativement à 23. Cela s'explique par les deux biais

précédents et leur corollaire: certains répondants ont associé trop souvent les troisième, quatrième et cinquième niveaux seulement à des pouvoirs de commandement.

En revanche, au niveau du contrôle sur les statuts (niveau quatre), le fait de préciser davantage le libellé du niveau a permis une nette amélioration des résultats: de 9/20 à 16/20.

Enfin dans le cas du niveau le plus déterminant en termes de décentralisation, celui de l'information structurante, la situation est similaire à celle constatée au troisième niveau. Nous observons une diminution importante du nombre de réponses exactes et du nombre de réponses associées à ce niveau (exactes ou non) et ce en faveur du premier et du second niveau. Par exemple le mandat #17, qui confie aux conseils régionaux le mandat de conseiller le ministre dans la détermination de ses objectifs, a été classé lors du second test au premier niveau par trois des cinq répondants.

En résumé donc, le premier test a permis une validation relativement satisfaisante de la grille, la moyenne des répondants étant de 76%. Dans le second test, le fait pour les répondants de ne pas tenir compte de la typologie des pouvoirs (recommandation, coordination, commandement) contribue à des biais importants. Certains répondants associent alors pouvoir de recommandation trop exclusivement au premier niveau de la grille et pouvoir de coordination (gestion) au second, minimisant ainsi le nombre des mandats relatifs au trois autres niveaux. Par contre les résultats de ce test relativement au quatrième niveau, soit celui des statuts, se sont avérés plus convaincant que dans le premier test. C'est pourquoi, de manière à tirer le meilleur parti de cet exercice de validation, bien qu'ayant conservé dans la thèse les nouvelles définitions présentées lors du second test, nous avons convenu de tenir compte systématiquement de la typologie des pouvoirs lors du classement des mandats, mais sans y référer explicitement dans le reste de l'analyse.

3.2 Perception du CRSSS idéal

L'analyse des perceptions apparaît comme un complément nécessaire pour mieux saisir l'ensemble de la dynamique organisationnelle. Comme l'indique Bhérer (1986: 3) "le vécu subjectif des acteurs, enfermé dans leur perception de leur propre univers, présente un élément déterminant pour comprendre (...) la décentralisation." En effet, aucun jugement ne peut être porté à partir de la seule analyse de la recension des écrits sur les préférences des acteurs de puissance moyenne ou faible. Or, pour vérifier le second et

le troisième énoncé de la loi structurale, il faut à tout le moins connaître les préférences de ces acteurs. C'est là l'objectif du chapitre neuf.

Ce dernier chapitre de la seconde partie de la thèse se base sur des données plus subjectives que la recension des écrits officiels et délaisse les distinctions faites entre les contrôles sur différents niveaux de substrats, pour s'attarder davantage à la forme "idéale" que prend la structure du système selon les acteurs individuels rencontrés.

Nous utilisons pour ce faire des données, parfois inédites, d'une étude réalisée en 1986 à laquelle nous avons participé étroitement. Bien que ces données n'aient pas été colligées expressément pour les fins de la thèse, elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche de recherche complémentaire dont nous sommes le responsable au ministère de la Santé et des Services sociaux. L'étude avait pour objectif de recueillir les perceptions qu'ont certaines personnes (dans les CRSSS et leur environnement) des rôles et pouvoirs des conseils régionaux.

C'est l'image de certains "usagers" réels des CRSSS qui est présentée dans ce chapitre. Ces "usagers" sont ce que Glueck (1980) appelle des acteurs stratégiques. Sainsaulieu (1983), de même que Crozier et Friedberg (1977) ont déjà démontré que pour cerner les stratégies de tels acteurs il faut procéder à l'aide d'approches de nature qualitative. Dans Le miroir magique (Bhérier 1986), nous avons opté pour des entretiens semi-structurés auprès de certains gestionnaires du réseau, d'organismes qui y sont associés, du Ministère et de certains représentants, membres de conseil d'administration de CRSSS ou d'établissements.

Pour les fins de la thèse, nous avons eu accès aux données de base de cette recherche, c'est-à-dire aux rapports écrits d'entrevues ou à défaut, pour certaines régions, aux résumés de ces rapports. Nous avons également consulté les rapports régionaux rédigés par les différents chercheurs. Toutes ces données sont confidentielles et c'est la raison pour laquelle, à partir du chapitre neuf, un code anonyme est utilisé pour faire référence aux différentes régions socio-sanitaires. Ce code est le même que celui utilisé dans la recherche de Lemieux en 1974 et, plus récemment, dans celle de Bhérier.

Aux fins de la vérification de la loi structurale, seules les entrevues menées auprès des gestionnaires des CRSSS et des établissements ont été retenues. Il s'agit donc d'un "échantillon" de 11 directeurs généraux de CRSSS, de 11 chefs de DSC, de 44 directeurs généraux d'établissements répartis également entre les régions socio-sanitaires et les

quatre types d'établissements: centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres d'accueil et centres de services sociaux.

De même, de l'ensemble du questionnaire, les réponses qu'ils ont apportées à la question suivante ont été analysées: "Quel serait selon vous le CRSSS idéal?" Certaines raisons militent en faveur de ce double choix méthodologique.

Abordons tout d'abord la question du choix des gestionnaires du réseau. A n'en pas douter, ceux-ci représentent des acteurs stratégiques! O'Neill (1986) a démontré toute l'importance des directeurs, en l'occurrence les chefs de DSC, dans une étude récente. Pour notre part, afin de vérifier la loi structurale, nous sommes intéressés avant tout à connaître le point de vue des établissements et des conseils régionaux sur le CRSSS idéal. Or les représentants de la population au sein des différents conseils d'administration reflètent plutôt le point de vue de...la population. Autrement dit, la connaissance de la perception des directeurs généraux est nécessaire et suffisante pour mener à bien la vérification alors que celle des représentants, comme celle des répondants d'associations d'établissements et des principaux regroupements de médecins, bien qu'intéressante et révélatrice, ne l'est pas. Nous y puiserons tout de même à l'occasion pour appuyer l'analyse.

Le critère de nécessité et de suffisance relativement à la démarche de validation a également été appliqué au choix de la question. Celle concernant le CRSSS idéal est apparue comme une excellente synthèse des préférences désirées par ces gestionnaires en ce qui a trait à l'avenir de cet organisme, préférences dont la théorie structurale prédit le sens. Il faut souligner toutefois que lors de la compilation des données, nous ne nous sommes pas limité à la lecture de la réponse à cette question: toute l'entrevue a été lue pour comprendre le mieux possible le point de vue du répondant à propos du CRSSS idéal.

Tout comme le fait Bhérier, nous postulons donc une corrélation entre les acteurs individuels rencontrés et la position relative de l'ensemble du poste (organisation) où ils se situent. Ce postulat s'appuie sur le fait que ces acteurs sont des acteurs stratégiques.

Il semble que ces différentes stratégies d'investigation concernant tant la recension que l'analyse des ordres conçus, qu'ils soient de nature institutionnelle ou idéale, soient bien adaptées pour l'examen de problèmes complexes comme celui à l'étude.

PARTIE II

CHAPITRE 4

**DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE
A L'ADOPTION DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET
LES SERVICES SOCIAUX**

OU

**IL Y A LOIN DE LA COUPE COMMISSARIALE AUX LEVRES
MINISTERIELLES...**

4.1 La Commission d'enquête sur la santé et le bien-être

A partir surtout de la fin des années 50, plusieurs phénomènes vont s'amplifier et venir modifier profondément la vie des Québécois et Québécoises. Qu'il suffise de penser à l'accélération de l'industrialisation, à l'urbanisation, au déclin de l'agriculture comme mode de vie, à la transformation de la vie familiale. Parallèlement à ces phénomènes de civilisation, le Gouvernement du Québec, aiguillonné par le gouvernement fédéral, s'engage dans une vaste réforme dans le domaine socio-sanitaire: Loi de l'assurance-hospitalisation (1961), Loi du régime des rentes du Québec (1963), Loi sur les accidents du travail et sur l'assistance médicale (1966), Loi d'aide sociale (1969), Loi sur l'assurance-maladie (1970).

En 1966, il mandate une Commission pour faire enquête sur l'ensemble du domaine de la santé et du bien-être social au Québec. Cette Commission remet les deux premiers tomes de son rapport (L'assurance-maladie I, Les médecins internes et résidents II) en 1967. Trois autres tomes (Le développement III, La santé IV, Les professions et la société VII) paraissent en 1970 alors que les deux derniers (La sécurité du revenu V, Les services sociaux VI) ne seront publiés qu'en 1971 et 1972, après l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie et l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du 22 décembre 1971. Deux de ces tomes, ceux portant sur la santé et les services sociaux, font ici l'objet d'une analyse plus poussée.

4.1.1 La santé

La Commission pose tout d'abord deux objectifs fondamentaux à l'élaboration d'une politique complète de la santé: améliorer l'état de santé de la population et celle du milieu (Commission 1970, IV (2): 14-17).

Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel selon les commissaires:

"(...) que les pouvoirs de décision de divers niveaux du régime correspondent à leur tâche et que l'on situe l'orientation et la planification à moyen et long terme de l'activité du régime à un niveau qui commande suffisamment de ressources pour être souple et qui soit à la fois assez près des problèmes pour les reconnaître rapidement et agir en conséquence(...) (Commission 1970, IV (2): 53)."

La Commission opte également pour une régionalisation et une décentralisation du régime, compte tenu qu'au cours de ses travaux elle s'est rendue compte que les besoins variaient selon les zones et régions du Québec. Les commissaires expriment ainsi cette prise de position:

"La régionalisation du régime de la santé correspond à la conception globale, à la planification intégrée et à la coordination de ses fonctions multiples dans un territoire géographique délimité. Si l'on veut qu'elle atteigne ses objectifs, la régionalisation doit postuler la décentralisation des décisions relatives au développement et au fonctionnement du régime de manière à ce qu'elles soient adaptées aux conditions particulières du territoire (...). La présence d'un organisme régional de santé permet la centralisation des décisions qui concernent plus d'un seul centre de santé et qui doivent être prises à la lumière d'une certaine complémentarité des établissements et des services. Mais chose plus importante encore elle situe cette centralisation et cette fonction de coordination à un niveau proche des décisions quotidiennes relatives au fonctionnement des services.

(...) Le but d'un système décentralisé est essentiellement de favoriser les décisions là où les problèmes sont étudiés et résolus le plus rapidement et le plus efficacement possible, tant au point de vue de la qualité des soins que de l'efficacité économique du système (...). Une trop grande centralisation des interventions injustifiées rendent impossible le recrutement d'administrateurs compétents aux paliers régional et local, et illusoire toute tentative de réelle planification du régime de la santé. De plus, il apparaît essentiel que le ministre (...) et ses hauts fonctionnaires ne s'immiscent pas dans les problèmes particuliers de chaque région et les décisions d'administration quotidienne, afin de concentrer leurs énergies sur les tâches de direction générale du régime (...) (Commission, 1970, IV (2): 53-54, 94, 137)."

Dans le domaine de la santé (par opposition à celui du bien-être social), la Commission recommande que cette décentralisation s'effectue sur la base de trois régions. Chacune comprend, entre autres, un organisme habilité à accomplir des tâches de planification, de soutien et de contrôle administratif: l'office régional de la santé (ORSA). La Commission lui confie un ensemble de mandats qui peuvent être classifiés selon les différents substrats identifiés ultérieurement (tableau 5).

Tableau 5 Les mandats dévolus aux offices régionaux de la santé (ORSA) dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970.

MANDATS		NIVEAU
70-01	Collaborer avec la direction générale de la planification et de la recherche du ministère de la Santé, dans ses projets de recherche opérationnelle et de recherche appliquée ;	1
70-02	Organiser la distribution régionale des soins en accord avec les normes provinciales ;	2
70-03	Fournir aux organismes de distribution des soins divers services techniques ;	
70-04	Elaborer pour eux une politique générale d'achat ;	
70-05	Permettre à ceux-ci de mettre en place divers services communs ;	
70-06	Exécuter, dans son territoire et pour le compte du ministère de la Santé, les activités nécessaires à la réalisation des politiques gouvernementales de la santé publique relatives au milieu, telles l'inspection des établissements commerciaux et industriels, l'inspection des aliments, le contrôle de la pollution, etc ;	
70-07	Évaluer, en collaboration avec l'université, les résultats obtenus par les programmes régionaux de santé et par les diverses unités de distribution des soins ;	
70-08	Faire les expropriations utiles à la poursuite de ses objectifs ;	
70-09	Acheter et revendre, à titre de grossiste, les biens d'équipements et de consommation dont les CLS, les CCS et les CHU ont besoin ;	
70-10	Créer une banque de personnel (de toutes catégories) où ces établissements pourront puiser ;	
70-11	Approuver les plans d'immobilisations de tous les établissements y compris ceux des universités et des CHU quant aux installations de santé ;	
70-12	Proposer et administrer le budget régional de la santé, à partir de l'enveloppe financière annuelle mise à sa disposition par le ministère de la Santé, dans le cadre des crédits alloués par l'Assemblée nationale ;	
70-13	Recevoir du gouvernement du Québec et mettre à la disposition des CCS et des CHU les sommes consacrées, dans son territoire, au fonctionnement du régime de la santé ;	
70-14	Emprunter les sommes indispensables à la poursuite de ses objectifs : projets d'immobilisations, amélioration de l'équipement, etc ;	
70-15	Autoriser la formation des CCS de la région et le cas échéant, de découper leur aire territoriale, conformément aux normes provinciales ;	4
70-16	Mettre en tutelle les CCS qui ne s'acquittent pas efficacement de leurs responsabilités ;	
70-17	Prendre en charge, au besoin, la création de certains CLS ;	
70-18	Édicter pour son territoire, dans le cadre de la politique provinciale de la santé publique, des règlements précis quant au milieu et aux produits ;	5
70-19	Conclure, avec ces mêmes établissements, des contrats aux termes desquels ils s'engagent à réaliser les buts qu'elle leur assigne, en contrepartie d'une somme forfaitaire annuelle qu'elle leur octroie .	
70-20	Prescrire aux CCS les normes administratives de régie dans la réalisation de leurs objectifs ;	
70-21	Contrôler la conformité des activités des CCS avec ces normes ;	
70-22	Établir une programmation et une planification régionale de la santé après évaluation des renseignements colligés ;	

CCS: Centre communautaire de santé

CLS: Centre local de santé

CHU: Centre hospitalier universitaire

La Commission octroie des mandats aux niveaux des substrats les plus déterminants en termes de décentralisation. Par exemple, il revient aux ORSA d'établir une planification régionale du secteur de la santé et d'édicter pour son territoire des règlements précis (niveau 5). Les ORSA seraient également appelés à jouer un rôle déterminant quant à la création et la mise en tutelle des établissements (niveau 4).

Cependant ces contrôles sont généralement eux-mêmes sujets à un contrôle de la part du ministère de la Santé. Par exemple l'autorisation de former des centres communautaires de santé doit s'effectuer conformément aux normes provinciales (70-15). Egalement leur rôle par rapport à l'édiction de règlements quant au milieu et aux produits doit s'inscrire dans le cadre de la politique provinciale de la santé publique (70-18). Enfin notons qu'au niveau des ressources monétaires (niveau 3), l'ORSA reçoit une enveloppe financière du Ministère (70-13) et doit mettre ces sommes à la disposition des centres communautaires de santé et des centres hospitaliers universitaires.

La Commission recommande également la création de conseils régionaux de la santé (CRSA), organismes aviseurs devant remplir quatre objectifs:

"Restituer la souveraineté des citoyens sur les champs d'action; fournir un canal d'expression à ceux qui sont "sans voix"; pallier les inconvénients inhérents à l'organisation bureaucratique; constituer la "conscience" extérieure de l'organisation (Commission 1970, IV (2): 69-70)."

Nous reviendrons plus en détails sur les mandats dévolus à ces deux organismes lors de l'analyse structurale des relations de contrôle par niveau de substrat.

4.1.2 Les services sociaux

Dans ce domaine, la Commission suggère:

"Que la conception et l'organisation du système de services sociaux s'inspirent des principes suivants: la participation consultative des citoyens, afin de connaître leurs besoins; la participation décisionnelle des personnes et des groupes concernés à l'élaboration des projets et des programmes (Commission 1970, VI (2): 439)."

Elle propose un scénario de régionalisation et de décentralisation assez similaire à celui devant régir le domaine de la santé.

Pour les services sociaux cependant, le territoire du Québec est divisé en dix régions correspondant aux dix régions administratives constituées par l'arrêté en conseil #524 du 29 mars 1966 (Commission 1972, VI (2): 441). La Commission suggère également de partager la région métropolitaine de Montréal en trois sous-régions.

Dans chacune de ces régions, un office régional des services sociaux (ORSS) est constitué. Ses mandats peuvent être classés à l'intérieur de la grille (tableau 6). Comme dans le cas des offices régionaux de la santé, l'on constate l'importance des pouvoirs et responsabilités confiés aux ORSS.

Par ailleurs les commissaires recommandent la mise sur pied de conseils régionaux des services sociaux (CRSS), organismes ayant pour rôle d'assister l'ORSS dans ses fonctions de planification et de programmation. Ils prévoient également la création de Conférences régionales des établissements de services sociaux (COSS) pour assister l'ORSS dans l'élaboration des programmes régionaux (Commission 1972, VI (2): 444-445).

4.1.3 L'analyse structurale des travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social relativement à la question de la décentralisation vers un niveau régional.

Les informations des précédentes sections forment le coeur de l'analyse. Toutefois, il faut tenir compte de l'ensemble des ordres conçus de nature institutionnelle et non seulement d'une partie de ceux-ci. Nous inclurons donc sous la forme de connexions "complémentaires" (lignes en gras dans les multigraphes) les autres recommandations de la Commission d'enquête pertinentes à l'analyse structurale. C'est le cas, par exemple, des relations entre les ministères (Santé et Bien-Etre social et de la Famille) ou entre eux et les établissements, la population ou les médecins qui ne figurent pas spécifiquement dans l'inventaire des mandats confiés aux organismes régionaux. La prise en compte de l'ensemble de ces informations permet une première analyse structurale (multigraphes/Série 1).

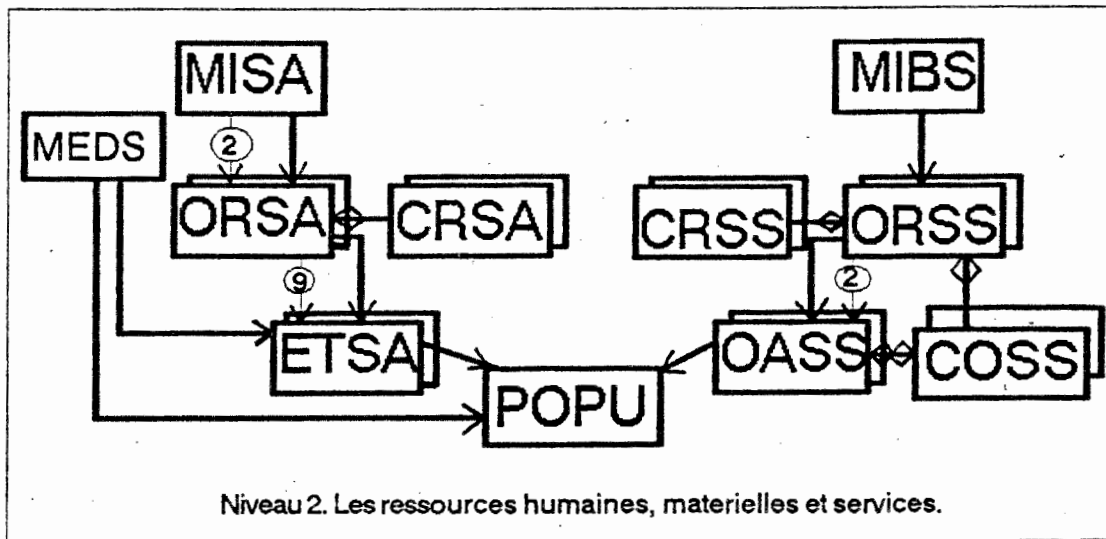
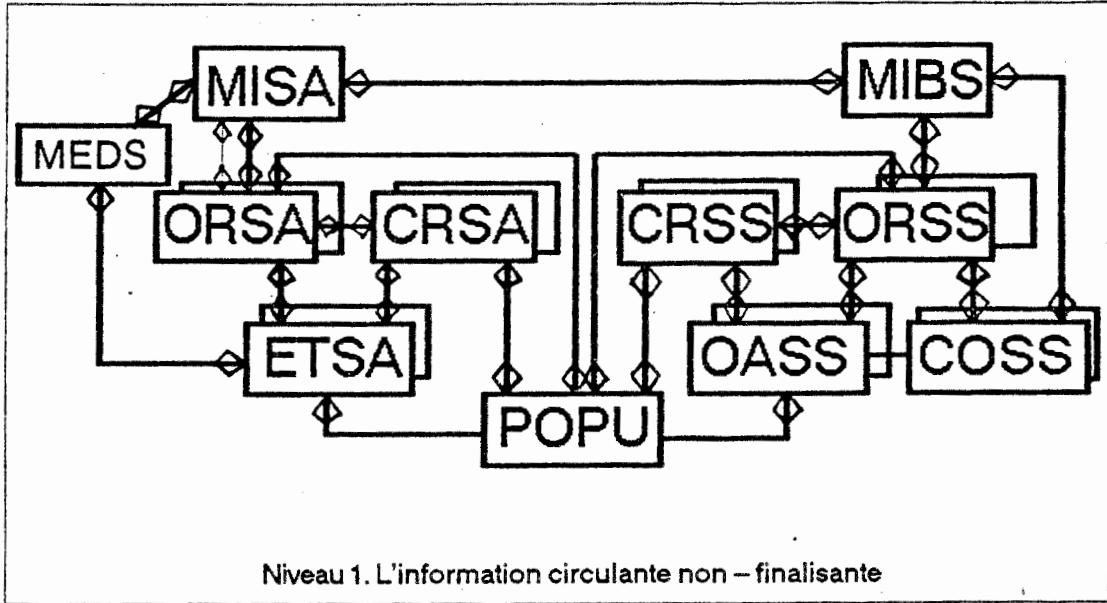
Par ailleurs, le lecteur voudra bien référer au schéma 2 (page 32) et à la liste des sigles utilisés dans les multigraphes figurant au début de la thèse pour comprendre la signification des postes et relations de ces multigraphes.

Il faut également indiquer, et c'est là un autre point important dans la compréhension de l'analyse subséquente, que plusieurs postes, comme par exemple les organismes régionaux et les établissements, ont été "dédoublés" dans le

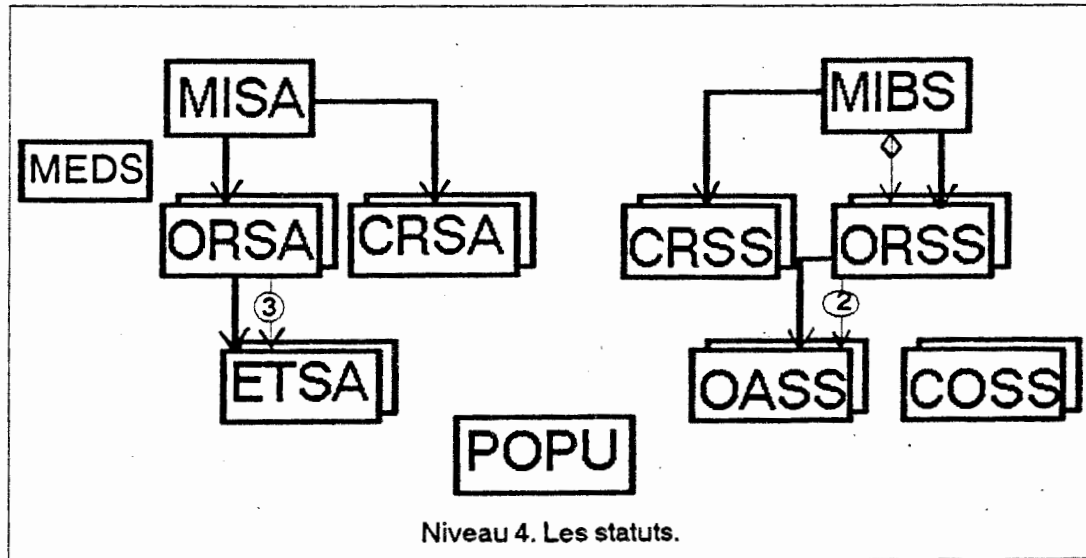
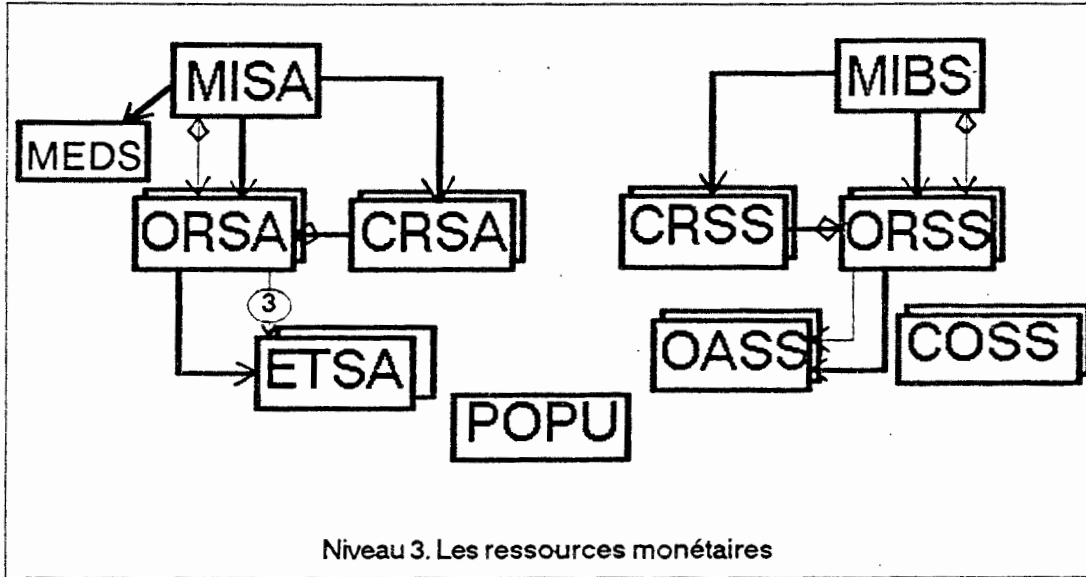
Tableau 6. Les mandats dévolus aux offices régionaux des services sociaux (ORSS) dans le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1972.

MANDATS		NIVEAU
72-01	Constituer le dossier complet de sa région.	1
72-02	Pourvoir à l'organisation et au fonctionnement des centres de distribution des services sociaux sur son territoire (services sociaux à la personne et aux communautés), selon et à même les sommes mises à sa disposition à cet effet par le ministère des Services sociaux, et compte tenu des contributions des usagers, dont la perception est autorisée par la loi.	2
72-03	Requérir des autorités responsables les expropriations utiles à la poursuite de ses objectifs.	
72-04	Recevoir du gouvernement du Québec et mettre à la disposition des établissements de toutes catégories, des centres de distribution des services d'adaptation et de la section de l'assistance aux communautés, les sommes consacrées dans son territoire au fonctionnement du système de services sociaux.	3
72-05	Emprunter les sommes indispensables au financement de projets d'immobilisations, d'achats divers, etc., en conformité avec les objectifs poursuivis.	
72-06	Autoriser la création des établissements de services sociaux dans sa région et, le cas échéant, désigner leur aire territoriale.	4
72-07	Recommander la mise en tutelle des établissements de services sociaux dont l'activité est contraire à l'intérêt public et se révèle incompatible avec les normes en vigueur.	
72-08	Conclure, avec les établissements de son territoire, des contrats en vertu desquels ces derniers s'engagent, d'une part, à atteindre les buts fixés, selon des normes édictées, et, d'autre part, à percevoir le cas échéant, une contribution des usagers.	5
72-09	Etablir une planification et une programmation en fonction des besoins régionaux.	
72-10	Prescrire les normes administratives de régie auxquelles les établissements de services sociaux sont soumis, dans la réalisation de leurs objectifs.	

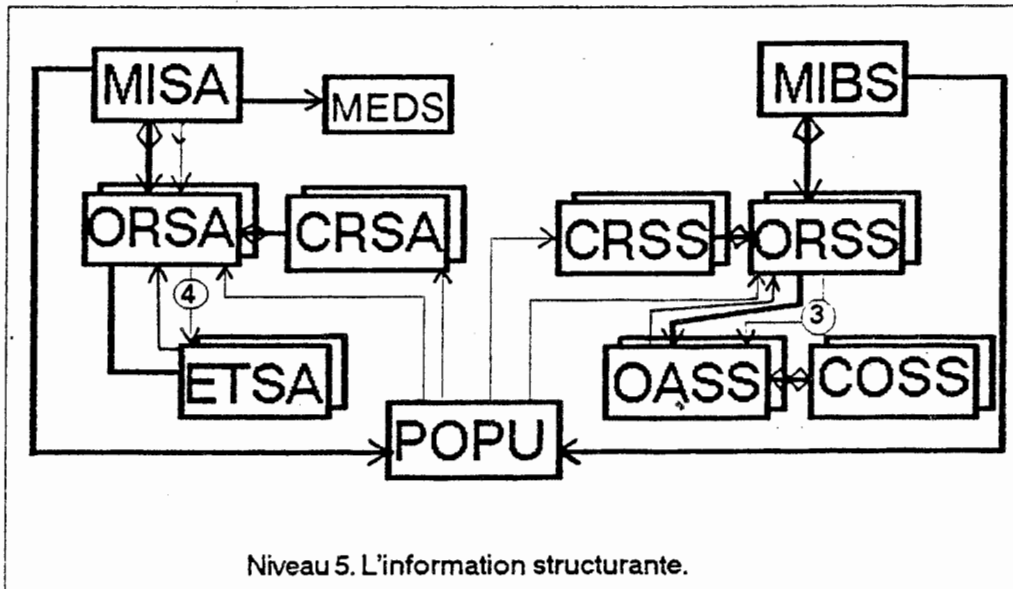
MULTIGRAPHERS/ SERIE 1. Le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1966 - 1973.



MULTIGRAPHES/ SERIE 1. Le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1966 - 1973.



MULTIGRAPHES/ SERIE 1. Le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1966 - 1973.



multigraphe pour indiquer qu'il y a plusieurs régions, et plusieurs établissements dans une même région. Cependant, afin de ne pas charger inutilement le multigraphe, les connexions de contrôle reliant ces "doublures" aux mêmes postes que le poste qu'ils dédoublent n'ont pas été tracées. Toutefois ces relations ont été prises en compte au moment de l'analyse. Enfin, bien que la population soit illustrée sans dédoublement, il va sans dire qu'elle représente tantôt une population locale ou régionale, tantôt la population du Québec, selon le poste avec lequel elle est en relation. La clarté du multigraphe est encore une fois la raison de cette "omission" visuelle.

Les acteurs retenus sont les suivants: le ministère de la Santé (MISA), celui du Bien-Etre et de la Famille (MIBS), les offices régionaux de la santé (ORSA), et ceux des services sociaux (ORSS), les conseils régionaux de la santé (CRSA) et ceux des services sociaux (CRSS), les établissements de santé (ETSA), les organismes et associations oeuvrant dans le domaine social (OASS), les Conférences régionales des établissements de services sociaux (COSS), la population (POPU) et les médecins (MEDS).

Au niveau des contrôles sur l'information circulante non-finalisante, la Commission affiche ouvertement son parti pris pour le dialogue constant entre population, établissements, organismes régionaux et ministères. Le "réseau" socio-sanitaire doit être à l'écoute de la population. Par ailleurs, et en ce qui concerne plus spécifiquement l'ORSA, ce dernier doit collaborer, avec la direction générale de la planification et de la recherche du ministère de la Santé, dans ses projets de recherche opérationnelle et de recherche appliquée. Pour ces raisons nous estimons que les contrôles à ce niveau sont tous mixtes, et ce dans les deux sens des connexions. Ces dernières devraient s'établir de façon très dense formant un "tissu informationnel" compact. Le multigraphe est alors fortement connexe et il y aurait tendance au niveau de ce substrat à la coarchie.

En ce qui concerne les contrôles sur les ressources humaines, matérielles et les services, les ORSA et les ORSS se voient confier des pouvoirs importants: organisation de la distribution régionale des soins, élaboration d'une politique générale des achats, pouvoir d'expropriation, achat et revente à titre de grossiste les biens d'équipement et de consommation dont les établissements ont besoin, création d'une banque de personnel, etc (tableaux 5 et 6).

Les établissements de santé (ETSA) de même que les organismes et associations du secteur social (OASS) se retrouvent contrôlés par les organismes régionaux sur lesquels ils n'ont que peu d'emprise, si ce n'est quelques représentants aux conseils d'administration des ORSA et

ORSS. Les médecins pour leur part continuent à contrôler l'offre de services aux établissements de santé et à la population. Par contre la Commission recommande que l'office régional soit appelé à jouer un rôle important relativement au contrôle de la qualité des actes médicaux posés. Le multigraphe possède une structure anarchique: il est simplement connexe.

Par ailleurs, en ce qui concerne les sous-graphes (MISA-ORSA-CRSA-MEDS-ETSA-POPU) et (MIRS-CRSS-ORSS-OASS-COSS-POPU), les ministères et les conseils régionaux occupent des positions de centre. Les ministères sont de plus des articulateurs (inter-régionaux). Les offices occupent une position d'articulateur, tout comme les établissements et organismes (ETSA et OASS). La population se retrouve dans une position de marginal, ne pouvant rejoindre aucun autre poste. Quant aux médecins et aux Conférences régionales des établissements de services sociaux, ils occupent des positions de mitoyens.

Le contrôle sur les ressources monétaires est plus simple à poser. Les deux ministères financent respectivement ORSA, CRSA, CRSS et ORSS. Le ministère de la Santé, via la Régie de l'assurance-maladie du Québec, finance les médecins. Le niveau régional assure la transition entre le provincial et le local: c'est à lui que revient de proposer et d'administrer le budget régional socio-sanitaire. Quant à la population, elle n'a plus à assumer les frais de la plupart des services de santé, à de rares exceptions près. L'Etat prend en charge également une partie des frais des services sociaux, bien que dans une proportion beaucoup moins importante que dans le domaine de la santé. Le multigraphe est non-connexe.

Cependant deux sous-graphes (MISA-MEDS-CRSA-ORSA-ETSA; MIBS-CRSS-ORSS-OASS) sont quasi-fortement connexes suggérant ainsi que la Commission, malgré un langage décentralisateur, n'en trahit pas moins au niveau de ce substrat sa préférence pour une structure hiérarchisée. A noter cependant que si les relations de contrôles des ORSA ou ORSS avec leur ministère respectif sont positives, nous sommes en présence de deux sous-graphes semi-fortement connexes, donc possédant une structure stratarchique. Eu égard aux positions occupées par les différents postes, la situation n'a pas changé par rapport à celle du niveau précédent dans le cas des ministères et des offices. Par contre, les établissements et organismes de même que les médecins occupent maintenant une position de marginal. Les conseils régionaux glissent à une position de mitoyen alors que la population apparaît comme isolée.

Les contrôles exercés au niveau des statuts s'apparentent dans leur forme à ceux du niveau précédent. Les ministères occupent toujours une position de centre et d'articulateur

eu égard à leur sous-graphe respectif. Ils contrôlent les statuts des organismes régionaux qui eux, tout en demeurant dans une position d'articulateur, ont plein pouvoir sur la formation, la création et la mise en tutelle des établissements socio-sanitaires. Encore une fois le multigraphe est non-connexe, population et médecins occupant des positions isolées, mais les deux sous-graphes précédents sont quasi-fortement connexes, ce qui suggère une structuration hiérarchique du contrôle concernant ce substrat. Quant aux CRSA et CRSS, ils occupent maintenant une position de marginal.

La formalisation du type de contrôle le plus déterminant, l'information structurante, nous renvoie à une structure strataarchique. En effet les relations complémentaires entre ministères et offices peuvent être positives dans les deux sens, conférant ainsi aux deux offices de centre et d'articulateur comme c'est le cas pour les deux ministères. Cependant, dans l'éventualité où MISA et MIBS refusent d'être contrôlés par la population (via les ORSA, CRSA, ORSS et CRSS), ce sont eux qui contrôlent le système. A noter que la population peut influencer les décisions touchant ce niveau de substrats via sa présence importante au sein des différents conseils d'administration des instances régionales (représentée par les relations spécifiques la reliant aux différentes instances régionales). Elle peut exercer ainsi un contrôle relativement important sur les finalités du système. Les grands perdants de cette structure du contrôle sont les établissements de santé et les organismes à caractères sociaux qui occupent à ce niveau une position de marginal.

4.2 La Loi sur les services de santé et les services sociaux du 22 décembre 1971

4.2.1 La première version du projet de Loi 65 (1971)

Le projet de Loi sur les services de santé et les services sociaux est déposé en première lecture le 8 juillet 1971. Le ministère des Affaires sociales, résultat de la fusion entre le ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-Etre social, retient le postulat de la nécessité d'une régionalisation et d'une décentralisation mais propose pour ce faire la création d'organismes très différents de ceux proposés par la commission Castonguay-Nepveu, bien que le ministre des Affaires sociales soit M. Claude Castonguay lui-même.

Le projet de Loi 65 propose, entre autres, la création d'offices régionaux des affaires sociales (ORAS), sorte d'organismes hybrides issus de la fusion de l'ORSA, du CRSA, de l'ORSS et du CRSS. Le territoire du Québec est divisé en douze régions inégalement pourvues en ressources socio-sanitaires, chacune comprenant un ORAS. C'est le

lieutenant-gouverneur qui a le pouvoir de créer un Office et c'est également lui qui nomme tous les membres du conseil d'administration.

L'ORAS se voit confier un ensemble de mandats qui a très peu à voir avec ceux recommandés par la Commission pour les ORSA et les ORSS. La plupart se rattachent aux deux premiers niveaux de l'ordre des substrats identifié.

Le ministre Castonguay justifie, lors du débat en première lecture, la timidité de son projet de loi du point de vue de la décentralisation en invoquant l'inexistence d'un système de taxation locale et d'un système d'élection des responsables de l'administration des fonds publics; il constate également le manque de personnel compétent pour assumer une décentralisation plus poussée, le mauvais rendement des hôpitaux et la nécessité de contrôler dans l'immédiat la hausse des coûts.

4.2.2 La Loi sur les services de santé et les services sociaux du 24 décembre 1971.

La version proposée en seconde lecture ne parle plus d'office régional mais de conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS). Cette version, qui sera à peu de choses près celle qui sera adoptée en troisième lecture, s'éloigne encore davantage des recommandations de la Commission.

Les mandats confiés aux conseils régionaux se situent tous à des niveaux peu déterminants en termes de décentralisation, les contrôles concernés se référant au premier et second niveaux de substrat selon l'ordre proposé (tableau 7).

En présentant le projet de loi en deuxième lecture, le ministre des Affaires sociales précise (Journal des Débats 1971: 5078-5085):

"Je reviens très brièvement sur le fait que la mise en place de ces conseils régionaux - qui ont un rôle consultatif, un rôle de promotion, un rôle de participation, mais qui n'ont pas de pouvoirs de décision ou de pouvoirs administratifs au sens stricts - sera accompagnée d'un effort du Ministère portant sur la mise en place du personnel administratif au plan régional, de telle sorte qu'il sera possible de continuer de poursuivre l'objectif que j'ai mentionné précédemment, qui est celui de la décentralisation au plan régional (...). Les autres aspects aux plans administratifs et financiers - je pourrais terminer sur cela avant la suspension des travaux, très brièvement - c'est la mise en place au ministère des Affaires sociales d'un personnel administratif régional,

TABLEAU 7. Mandats dévolus aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) tels qu'énoncés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Loi 65 (1971).

MANDATS		NIVEAU
Article (Résumé)		
16a1	De susciter la participation de la population à la définition de ses propres besoins (...)	1
16a2	De susciter la participation de la population à l'administration et au fonctionnement des établissements qui dispensent ces services;	
16b	D'assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et les établissements;	
16c1	De recevoir et d'entendre les plaintes (...);	
16c2	De faire les recommandations à l'établissement et au ministre;	
38	Faire rapport au ministre de son activité au plus tard le 31 décembre (...);	
89	Tout établissement public doit tenir au moins une fois par année une séance d'information. Mode de convocation et procédures déterminées par le CRSSS.	
16d	De conseiller et assister les établissements dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de fonctionnement (...);	2
16e	De promouvoir la mise en place de services communs, l'échange de services entre les établissements l'élimination des doublons de services et une meilleure répartition des services dans la région;	
16f	D'adresser au ministre, au moins une fois par année, ses recommandations au sujet de la répartition et de l'utilisation des ressources (humaines et matérielles);	
17	De réglementer et de surveiller l'élection des membres des c.a. des établissements, lorsque la présente loi pourvoit à une telle élection;	
55	Le CRSSS, ou à son défaut le ministre, procède à la nomination, si l'élection ou la nomination d'un membre de c.a. n'a pas lieu;	
87	Le CRSSS est le dépositaire des contrats de services professionnels qui ne sont valides que par leur dépôt au CRSSS;	

avec des responsabilités précises. Ceci en parallèle avec la création des conseils régionaux de la santé et des services sociaux proposés par le projet de Loi 65. Déjà nous avons précisé ce que devrait être les mandats, les rôles, les responsabilités de ces responsables au plan régional. Nous entendons maintenant passer à l'étape du développement de cette présence administrative du Ministère dans chacune des régions. Cela sera fait en vue d'une étape ultérieure au cours de laquelle nous pourrons atteindre une véritable décentralisation, telle que proposée par la commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, objectif que nous retenons mais qu'il ne nous paraît pas possible de viser, de façon directe et immédiate, présentement."

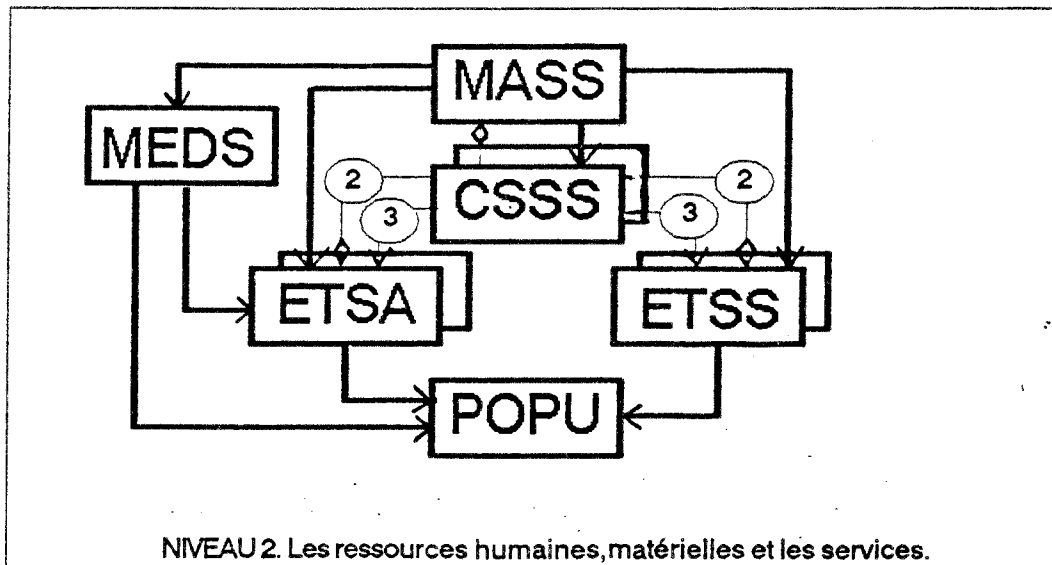
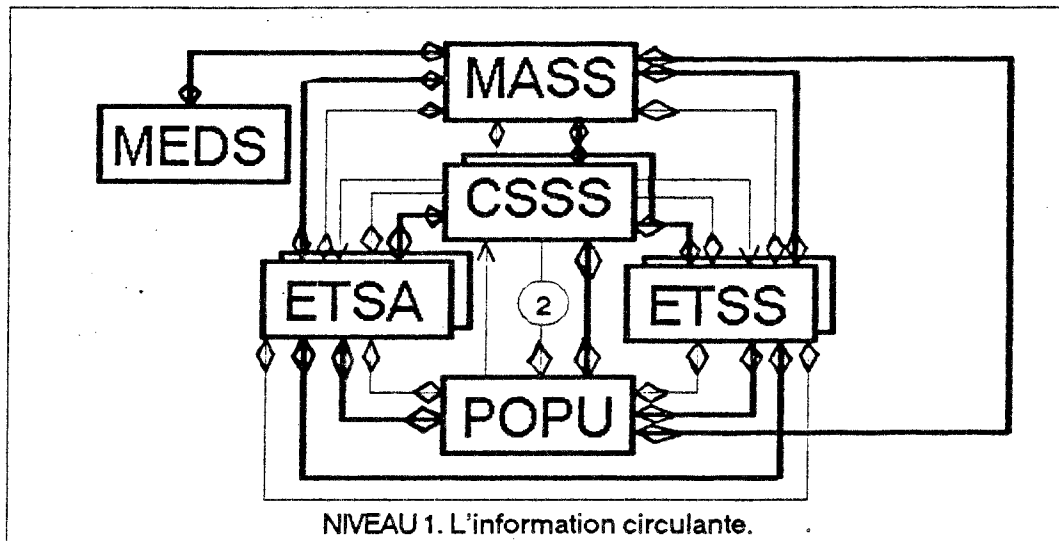
Le projet de loi fut adopté en troisième lecture le 24 décembre 1971. Les articles concernant les conseils régionaux se formulaient essentiellement comme dans la seconde version.

4.2.3 L'analyse structurale de la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971.

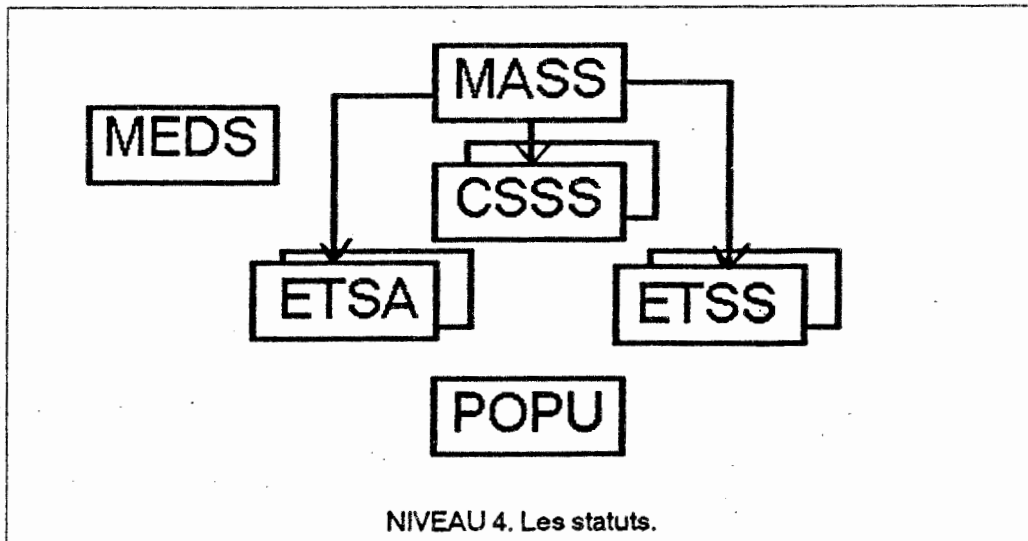
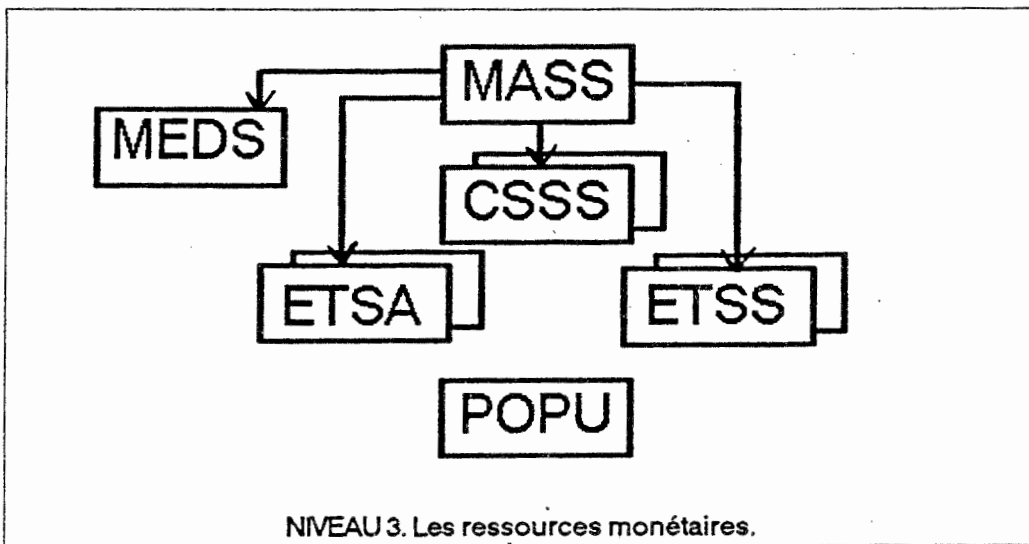
En ce qui concerne le premier niveau (multigraphes/Série 2), celui de l'information circulante non-finalisante, les conseils régionaux ont un rôle important à jouer. Ils sont chargés, de par la loi, d'assurer des communications soutenues entre le public, le ministre et les établissements. Les relations entre les différents groupes d'acteurs prennent la forme d'un multigraphe fortement connexe, une structure coarchique de ces relations étant privilégiées. Le seul contrôle positif que possèdent les conseils à l'égard des établissements concerne le mode de convocation et les procédures de leurs séances d'information annuelles. Le Ministère occupe une position de centre, du fait qu'il réalise les parcours les plus courts pour rejoindre n'importe quel autre poste. Les CSSS occupent une position de mitoyen, comme tous les autres postes.

Au second niveau de la grille, le rôle des conseils régionaux est peu important. Leurs contrôles spécifiques quant à ce niveau de substrat sont mixtes face au Ministère. Face aux établissements, il est soit mixte, soit positif. Dans ce dernier cas cependant, il concerne des mandats relativement peu importants. Tout d'abord la réglementation et la surveillance des élections des membres de conseils d'administration des établissements de même que leur nomination si l'élection n'a pas lieu. Dans ce dernier cas, ces derniers ne peuvent ignorer les décisions (contraignantes) du conseil régional. Ensuite, le conseil devient le dépositaire des contrats de services

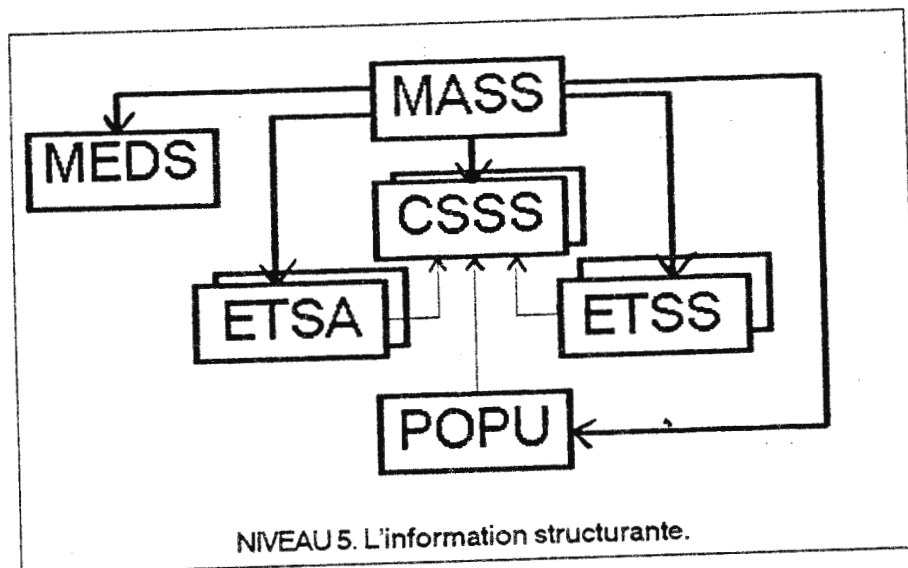
MULTIGRAPHES/ SERIE 2. La Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1971.



MULTIGRAPHES/ SERIE 2. La Loi sur les services de santé et les services sociaux,
1971.



MULTIGRAPHERS/ SERIE 2. La Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1971.



professionnels qui ne sont valides que par leur dépôt chez lui. Il y a donc obligation pour les établissements, mais le conseil régional ne peut en contrepartie refuser le dépôt à un établissement.

A ce niveau les médecins, pour leur part, bien que contrôlés par le Ministère quant à leur nombre, exercent un contrôle sur les établissements de santé et la population. Cette dernière est également contrôlée positivement par les établissements (ETSA et ETSS).

En tenant compte exclusivement des mandats apparaissant au tableau 7, donc d'un point de vue spécifique, le sous-graphe MASS-CSSS-ETSA-ETSS est quasi-fortement connexe, la structure des relations de contrôle étant hiérarchique, aucune connexion ne reliant ETSA et ETSS, ni MEDS et ETSS ensemble. C'est également la situation qui prévaut lorsque l'angle d'analyse est élargi pour considérer plus que ce qui apparaît au tableau 7, c'est à dire en tenant compte à la fois des relations complémentaires et des relations spécifiques: le multigraphe est quasi-fortement connexe, le Ministère occupant une position de centre dans une structure hiérarchique. Quelque soit l'échelon, le CRSSS et les médecins occupent encore une fois une position de mitoyen, les établissements celle d'articulateur alors que la population demeure en position de marginal.

Les contrôles concernant les trois niveaux suivants de substrats peuvent être analysés simultanément. En effet, les conseils régionaux n'ont aucun contrôle sur les substrats de ces niveaux, le Ministère les ayant tous monopolisés. A l'échelon provincial, si l'on ne tient pas compte que certains sommets sont isolés à l'occasion (POPU, MEDS) le Ministère apparaît comme le centre et l'articulateur inter-régional d'un système fortement hiérarchisé où la connexité quasi-forte est la caractéristique. Les CRSSS de même que les établissements occupent une position de marginal. Une seule exception: le cas des établissements qui occupent une position de mitoyen, en ce qui a trait aux contrôles sur l'information structurante, et ce par le contrôle spécifique qu'ils peuvent exercer sur le conseil d'administration du CRSSS.

En ce qui concerne plus spécifiquement le niveau de l'information structurante, la présence de représentants de la population et des établissements sur le conseil d'administration du CRSSS (représenté par les lignes fines dans le multigraphe) vient faire en sorte que le personnel de ce dernier se retrouve pris entre l'arbre administratif ministériel et l'écorce politique de son propre conseil d'administration. Une telle structure laisse présager certains problèmes pour l'organisme régional.

L'analyse vient confirmer les propos cités précédemment du ministre Castonguay pour qui la décentralisation telle que décrite dans le rapport de la commission d'enquête qu'il présidait constituera une étape ultérieure à l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

[Faint handwritten notes, likely bleed-through from the reverse side of the page. The text is illegible due to fading.]

CHAPITRE 5

1972-1981:

**UNE STRATEGIE DE DECENTRALISATION
EXPERIMENTALE ET EVOLUTIVE**

"Une stratégie expérimentale et évolutive" ce sont les mots même du sous-ministre M. Jacques Brunet en 1977, pour qualifier la stratégie du ministère des Affaires sociales en matière de décentralisation administrative vers les conseils.

Afin d'étudier cette stratégie, les différents mandats ont été regroupés en deux périodes: 1972-1977, 1978-1981. Ce découpage a été retenu principalement pour des questions de clarté et de meilleure compréhension. En effet, il semblait que la lecture des différents tableaux et des multigraphes de l'analyse structurale aurait été pour le moins pénible si elle avait porté sur l'ensemble de cette décennie, et ce compte tenu du nombre élevé de mandats répertoriés.

5.1 Les premières années des conseils régionaux: 1972-1977

5.1.1 Des débuts timides

Au début de 1972, le ministère des Affaires sociales crée un groupe ministériel qui voit à mettre sur pied des missions régionales ayant mandat de veiller à la formation des conseils d'administration des conseils régionaux. Cette étape est complétée en novembre 1972. Comme indiqué au second chapitre, Lemieux (1974) a fait l'étude de cette importante étape de la création des CRSSS.

Le 20 février 1973, le Ministère demande aux conseils régionaux de faire un inventaire des activités et des besoins dans les domaines de la santé et des services sociaux de leur territoire. Le document demande également aux conseils régionaux de répertorier les services d'urgence et de définir les besoins dans ce secteur d'activité (tableau 8).

Le 22 mars 1974, il confie aux conseils l'élaboration et l'implantation d'un système d'achat de groupe pour les établissements de leur région respective.

Le 28 mai 1975 le Cabinet du sous-ministre émet un premier mandat (INF-74-1975) déléguant aux conseils régionaux une certaine responsabilité jusque-là reconnue au Ministère:

"Dans un effort de décentralisation et afin d'alléger le processus décisionnel, le ministre des Affaires sociales annonçait le 19 décembre dernier, sa décision de faire assumer, par les conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux, le contrôle d'opportunité quant aux demandes de réparations et rénovations mineures dont les coûts seraient inférieurs à 50 000\$.

Ce contrôle s'exercera à partir de l'étude complète des demandes. Lorsqu'une demande sera jugée opportune et acceptable, le conseil régional communiquera par écrit, à l'établissement concerné, l'autorisation de faire des travaux. Après leur exécution et la vérification des pièces justificatives, on recommandera le paiement au ministère des Affaires sociales (...)."

Par ailleurs, en janvier 1976, le Ministère émettait la norme et pratique de gestion 30-00-05 entrant en vigueur le 1er avril 1976. Celle-ci spécifiait que le Ministère ne traiterai plus de demandes individuelles des établissements relatives au mandat contenu dans la circulaire INF-74-1975 avant que les conseils régionaux ne lui en aient recommandé l'étude. Il faut donc comprendre qu'en pratique certains établissements passaient outre le contenu de cette circulaire et continuaient à transiger directement avec le Ministère.

En février 1976, le ministre des Affaires sociales annonce une série de mesures dont l'un des objectifs est le freinage de l'augmentation des coûts de la santé. L'une de ces mesures est contenue dans une circulaire et concerne le financement des immeubles et de l'équipement des centres hospitaliers publics (NP-4-1976):

"(...) la responsabilité de l'autorisation et du financement des projets de construction et réaménagement et des demandes d'équipement inférieures à un million de dollars s'effectuera à même les revenus tirés des suppléments de chambres individuelles et semi-individuelles (...) Le CRSSS pourra financer les requêtes qu'il aura retenues selon les critères et normes établies par le Ministère, jusqu'à concurrence de 80% des coûts impliqués. (...) Pour assurer le financement de ces opérations, les CH sont désormais tenus de verser 45% des revenus de supplément de chambres au conseil régional de leur région et 10% au Ministère pour fins de péréquation interrégionale (...)."

Le 24 mars 1977, il émet une série de mandats relatifs à la décentralisation. Un court document joint à la circulaire (INF-35-1977) accompagnant ces mandats explique le but de l'opération.

Dans ce document, l'auteur indique tout d'abord que le mouvement de décentralisation est effectué pour faire en sorte que le Ministère cesse d'intervenir directement dans l'administration des établissements, ce comportement provoquant des protestations de la part des établissements

et entraînant du côté du Ministère un déplacement des préoccupations et des activités vers le cas à cas et l'interventionisme.

Le document signale ensuite que le Ministère se réserve un rôle de définitions des orientations, des objectifs, des priorités et des budgets au niveau provincial et des vocations des établissements, de même qu'un rôle d'évaluation et de contrôle a posteriori des activités et de l'utilisation des ressources. Il souligne que le Ministère désire remettre aux établissements du réseau une partie des responsabilités qu'il a lui-même assumées jusqu'à ce jour, en particulier dans tous les secteurs qui concernent la gestion interne des établissements: budget, plan d'organisation, personnel, etc.

Enfin il annonce que le Ministère veut confier à des commissions administratives régionales (CAR) créées à cet effet et liées aux CSSS des responsabilités précises concernant l'organisation de la mise en commun des services de même que le partage des ressources attribuées sur une base régionale entre les divers établissements d'une région. La décentralisation vers les conseils régionaux est donc dans une large mesure une décentralisation vers les établissements via la mise sur pied de ces commissions administratives. Il faut souligner toutefois que les règlements qu'élaboreront les CRSSS relativement à la création et au fonctionnement des commissions administratives doivent être approuvés par le Ministère.

La circulaire (INF-35-1977) demande aux conseils régionaux de mettre immédiatement sur pied au moins trois CAR: celle des services communautaires (NP-1-1977), de la mésadaptation sociale (NP-2-1977) et celle des services psychiatriques de courte et de longue durée (NP-3-1977). Une certaine ambiguïté est constatée quant au statut de ces commissions à savoir si elles sont décisionnelles ou non. Ce n'est qu'en novembre 1977 qu'un projet de loi confirmera l'existence légale des commissions administratives et leur confèrera un statut consultatif.

En mai de la même année, la responsabilité de la répartition du budget de développement des services à domicile est confiée aux conseils. À la fin d'octobre, le Ministère leur confie le mandat d'étudier les demandes d'immobilisations et d'équipement de 250 000\$ et moins, en provenance des établissements de services sociaux (NP-8-1977). Il leur confie également un mandat spécial (INF-127-1977) duquel sont exclus explicitement les centres hospitaliers de courte durée et les établissements privés:

"Dans le cadre du programme gouvernemental de stimulation de l'économie et de soutien de l'emploi (OSE), le Ministère a décidé de mettre à

la disposition des conseils régionaux une somme de 15 millions\$ pour la rénovation, l'amélioration et le maintien en bon état des immeubles du réseau."

Enfin le 28 novembre les CRSSS se voient confier la mise sur pied de mécanismes régionaux pour l'admission des bénéficiaires.

5.1.2 Analyse de la période 1972-1977

5.1.2.1 Importance relative des mandats selon la grille d'analyse

Ces différents mandats (tableau 8) peuvent être classés selon l'ordre des substrats proposé (tableau 9). La lecture de ce dernier tableau permet de constater que les mandats confiés aux conseils régionaux en 1973 et 1974 se situent aux deux premiers niveaux de substrats identifiés, indiquant ainsi un faible degré d'importance des mandats décentralisés, du moins dans le cadre de la grille proposée. Notons également que le mouvement de décentralisation administrative annoncé officiellement par la circulaire INF-35-1977 se traduit par un déplacement très marqué vers le second et, bien que dans une moindre mesure, vers le troisième niveau de substrats.

5.1.2.2 L'analyse structurale de la période 1972-1977

Au niveau des contrôles sur l'information circulante, l'analyse structurale de cette période (multigraphes/ Série 3) fait voir que le Ministère insiste peu sur ce substrat dans le contenu des mandats qu'il fait parvenir aux conseils régionaux. La situation à l'échelon provincial est la suivante: la structure est coarchique, l'ensemble des relations et des acteurs (postes) formant un multigraphe fortement connexe. Le CRSSS occupe une position de centre et d'articulateur à l'échelon régional. Le Ministère demeure un articulateur interrégional, mais n'est plus en position de mitoyen, tout comme les établissements, les organismes communautaires et la population.

En ce qui concerne les contrôles sur les ressources humaines, matérielles et les services, les connexions faisant référence spécifiquement aux mandats recensés (lignes fines) offrent une structure intéressante. En effet, il faut noter l'absence de référence explicite au Ministère dans le libellé des mandats. Ce dernier semble vouloir laisser au seul palier régional le soin de la coordination inter-établissements et entre eux et les autres intervenants du territoire, d'assurer la complémentarité et l'accessibilité, etc. Ainsi, le sous-graphe CSSS-ETSA-ETSS-ORCO est, pour la majorité des mandats recensés, fortement connexe, lorsque les relations mixtes sont positives, suggérant une structure coarchique des relations de

Tableau 8. Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, 1972 - 1977.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
A01	Inventaire des activités et besoins en santé et services sociaux	-	73 - 02 - 20
A02	Services d'urgence	-	73 - 02 - 20
A03	Régionalisation des achats	-	74 - 03 - 22
A04	Budgets pour les réparations et rénovations pour les établissements publics socio - sanitaires (moins de 50 000\$)	INF - 74 - 1975	75 - 05 - 28
A05	Demandes de ressources matérielles, humaines et financières des établissements doivent passer par le conseil régional avant de venir au Ministère	30 - 00 - 05	76 - 01 - 29
A06	Autorisation et financement pour les centres hospitaliers (Investissements de moins de 1 000 000\$)	NP - 4 - 1976	76 - 02 - 17
	<i>Décentralisation des activités reliées aux CLSC</i>	NP - 1 - 1977	77 - 03 - 24
A07	Assurer la coordination des activités reliées à l'organisation des services de santé et des services sociaux courants sur son territoire		
A08	Redistribuer, s'il y a lieu, les ressources humaines, matérielles et financières affectées à ces activités		
A09	S'assurer sur une base régionale du bon fonctionnement des CLSC existants		
A10	Répartir, s'il y a lieu, les enveloppes régionales de développement fixées par le Ministère entre les CLSC existants de façon à répondre adéquatement aux besoins socio - sanitaires de la population visée		
A11	Asumer des responsabilités reliées à l'implantation des CLSC		
	<i>Coordination des activités et transformation progressive du réseau des services offerts aux mésadaptés sociaux</i>	NP - 2 - 1977	77 - 03 - 23
A12	Voir à ce que soit assuré l'ensemble des services requis par la clientèle des jeunes mésadaptés sociaux de la région		
A13	Assurer dans une même région socio - sanitaire la complémentarité des fonctions des divers établissements et mettre sur pied des mécanismes visant à développer une meilleure concertation entre eux et avec les autres organismes avec qui ils partagent la responsabilité de la clientèle visée		
A14	Préciser la vocation des établissements		
A15	Approuver les critères d'admission des établissements et les transmettre pour information au Ministère		
A16	S'assurer du bon fonctionnement du processus d'admission sur une base régionale		

Tableau 8. (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, 1972 - 1977.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Coordination des activités et transformation progressive du réseau des services offerts aux mésadaptés sociaux (suite)</i>	NP - 2 - 1977	77 - 03 - 23
A17	Assurer des liens de complémentarité et de coordination avec les divers organismes régionaux impliqués dans le domaine de la mésadaptation sociale		
A18	Identifier la responsabilité d'intervention, des stratégies d'im-plantation et des échéanciers de réalisation visant à transformer ou à développer des services à la clientèle dans le cadre des grandes orientations fixées par le Ministère		
A19	Proposer au Ministère des modalités de réallocation des ressources en vue de réaliser les transformations et les déve-loppelements requis, s'il y a lieu, ou en vue d'assurer une plus grande équité dans la distribution des services offerts à la clientèle		
A20	Répartir, s'il y a lieu, l'enveloppe régionale de développement fixée par le Ministère entre les établissements de façon à répondre plus adéquatement aux besoins exprimés à l'intérieur de la région dans le cadre des grandes priorités fixées par le Ministère dans le domaine de la mésadaptation sociale		
	<i>Décentralisation et organisation des services psychiatriques de courte et de longue durée</i>	NP - 3 - 1977	77 - 03 - 23
A21	Voir à ce que soient assurés les services psychiatriques, de courte et de longue durée à l'ensemble de la population de la région		
A22	Préciser la responsabilité de chaque établissement concernant les services à assurer à la population d'une zone ou d'un secteur sur une base territoriale, que ce service soit rendu par l'établissement lui-même ou par quelqu'un d'autre		
A23	Définir des relations de complémentarité entre les divers éta-bissements oeuvrant sur le territoire dans le domaine de la santé mentale, en particulier avec tous les établissements du secteur de la mésadaptation sociale		
A24	Proposer, s'il y a lieu, des modalités de réallocation des res-sources en vue d'assurer une plus grande équité dans la distribution des soins sur une base régionale, en particulier dans la dispensation des soins de longue durée requis par les malades chroniques psychiatriques		
A25	Répartir, s'il y a lieu, l'enveloppe régionale de développement fixée par le Ministère entre les établissements (...) dans le cadre des grandes priorités fixées par le Ministère dans le domaine de la santé mentale		

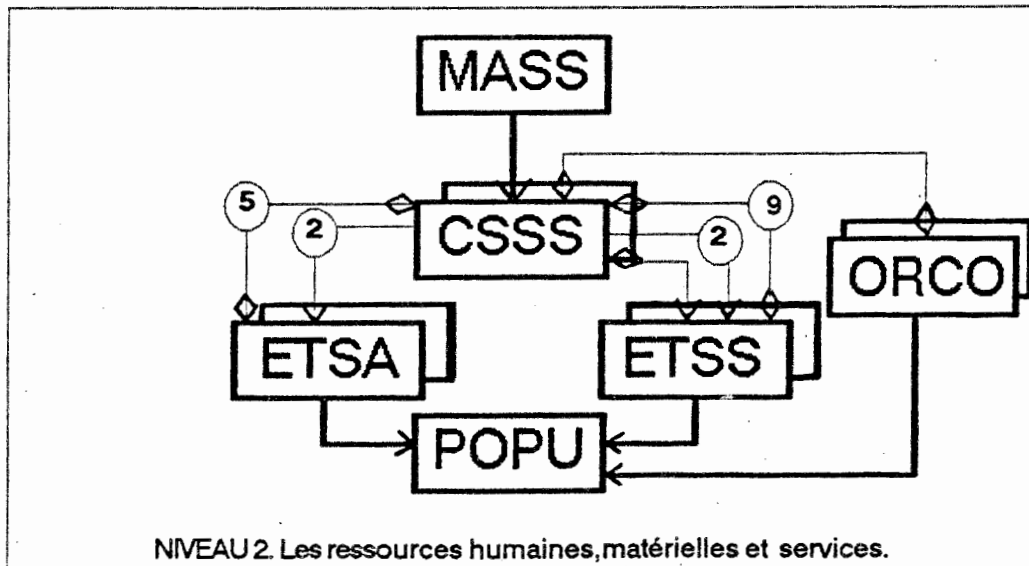
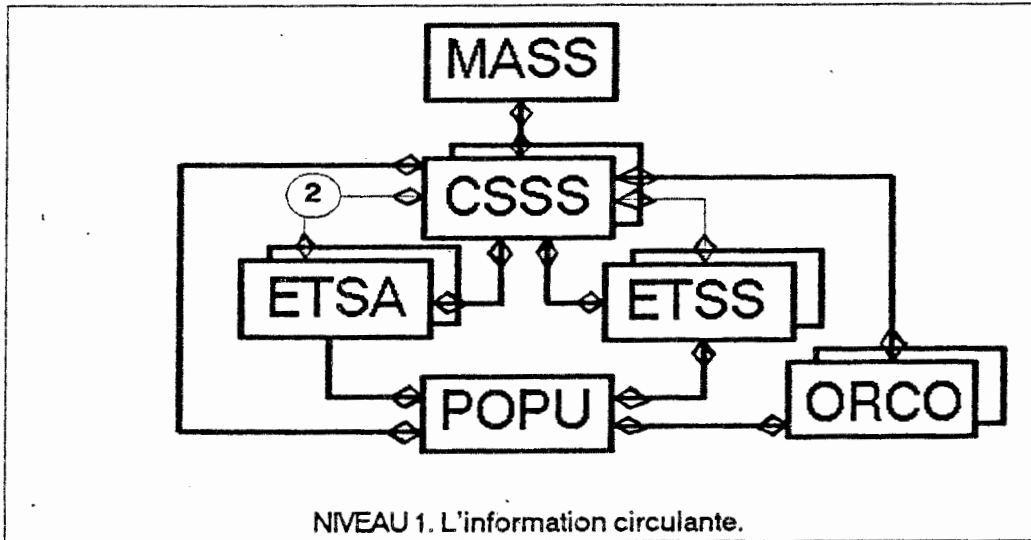
Tableau 8. (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, 1972 - 1977.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
A26	Responsabilité de la répartition du budget de développement des services à domicile	INF - 65 - 1977	77 - 05 - 04
A27	Allocation des budgets d'immobilisations pour les établissements de services sociaux pour un montant inférieur à 250 000\$	NP - 8 - 1977	77 - 10 - 31
A28	Programme spécial "Opération solidarité économique" (OSE)	INF - 127 - 1977	77 - 10 - 28
	<i>Mise sur pied de mécanismes régionaux pour l'admission des bénéficiaires</i>	INF - 139 - 1977	77 - 11 - 28
A29	Surveiller le bon fonctionnement des comités d'admissions		
A30	S'assurer que les cas litigieux trouvent une solution sur une base régionale sans qu'il soit nécessaire d'en référer au Ministre		

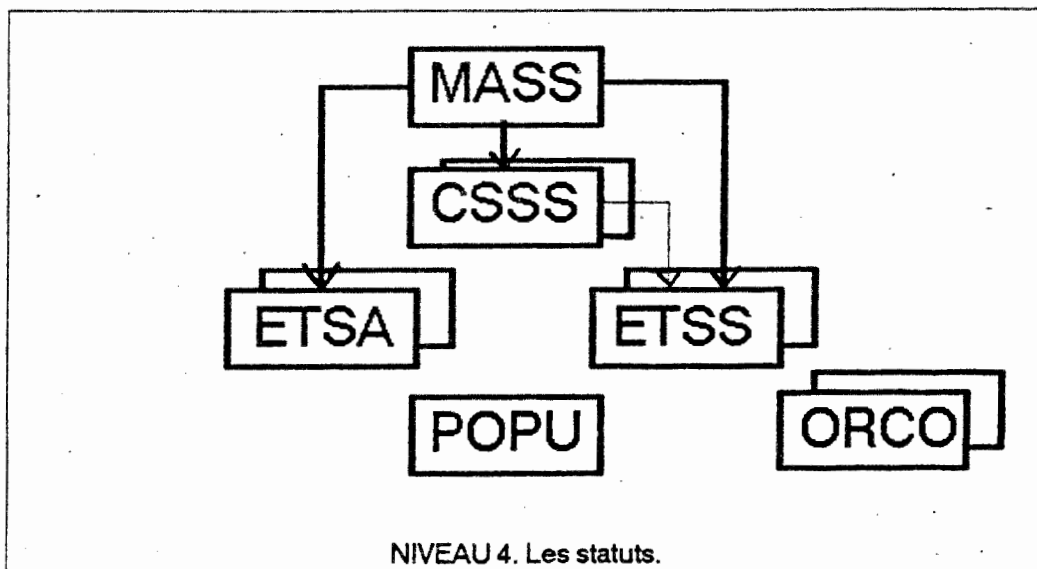
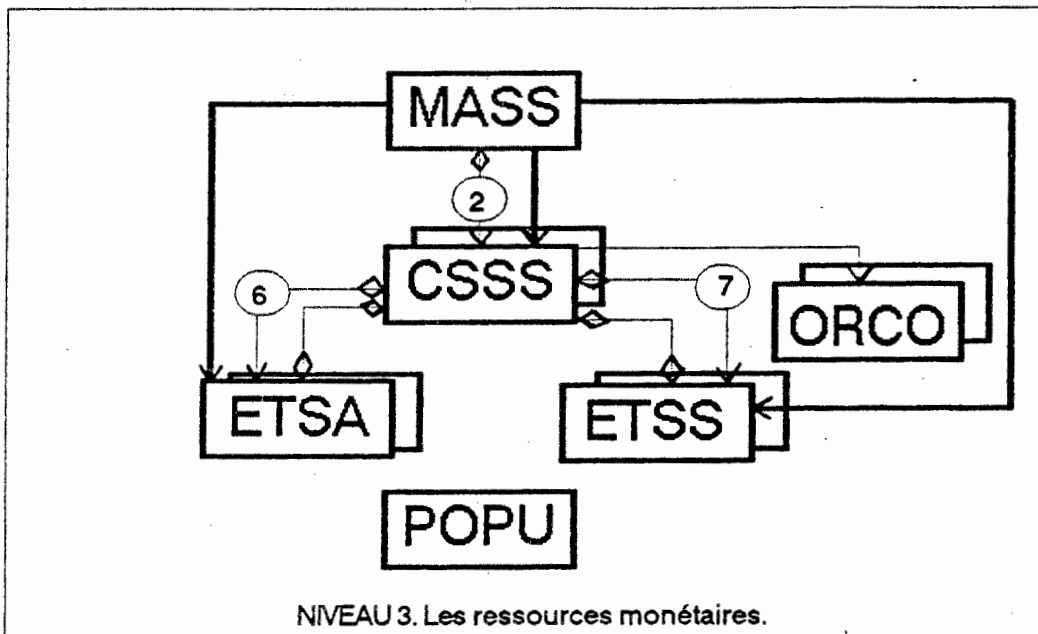
Tableau 9. Importance relative des principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux, 1972 – 1977.

NIVEAU	ANNEE				
	1973	1974	1975	1976	1977
1	A01, A02				
2		A03			A07, A09, A11 A12, A13, A16 A17, A18, A21 A22, A23, A29 A30
3			A04	A05, A06	A08, A10, A19 A20, A24, A25 A26, A27, A28
4					A14
5					A15

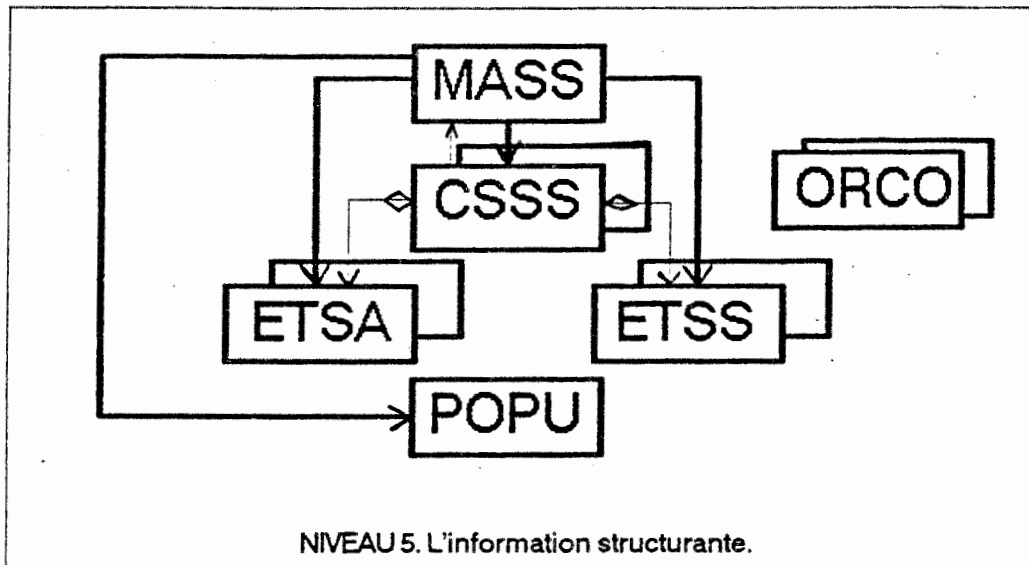
MULTIGRAPHERS/ SERIE 3. La période 1972 – 1977.



MULTIGRAPHES/ SERIE 3. La période 1972 – 1977.



MULTIGRAPHERS/ SERIE 3. La période 1972 – 1977.



contrôle. Cela est cohérent avec l'orientation du document de mars 1977 du Ministère où il indiquait qu'il décentralisait davantage de façon à pouvoir cesser d'intervenir directement dans l'administration des établissements. Le conseil régional occupe dans ce sous-graphe une position d'articulateur entre établissements, et entre eux et les organismes communautaires. Il n'y a pas de centre unique: quatre postes (CSSS-ETSA-ETSS-ORCO) occupent cette position. Cependant, compte tenu du fait que les organismes communautaires et les établissements offrent des soins et services différents, ils sont également en position d'articulateurs entre la population et les conseils régionaux en regard de ces soins et services, ce que le multigraphe ne montre pas.

Lorsque l'analyse est étendue à l'ensemble de la situation (lignes complémentaires incluses), le multigraphe est semi-fortement connexe. Le Ministère peut contrôler tout le système sans être contrôlé. Les CRSSS ont la possibilité d'exercer un contrôle positif sur les établissements et ceux-ci ont généralement la possibilité de l'accepter ou de le refuser. De même les établissements, notamment via les commissions administratives régionales mises sur pied à partir de 1977, ont la possibilité de contrôler positivement leur conseil régional.

Cela est cohérent avec la création des commissions administratives régionales qui doivent permettre "d'établir un lien organique entre les établissements eux-mêmes et entre ces derniers, les conseils régionaux et le ministère des Affaires sociales (MAS, 1977: 3)."

Au niveau du contrôle sur les ressources monétaires, le multigraphe est non-connexe compte tenu de l'isolement de la population. Pour une région donnée, le graphe partiel des relations spécifiques est généralement semi-fortement connexe, suggérant une forme stratarchique des relations entre les différents postes. Le CRSSS est un articulateur entre d'une part le Ministère et d'autre part les établissements. A l'échelon régional, il est également dans une position de centre. Toutefois, et contrairement à la situation prévalant au second niveau de substrat, la plupart des relations entre CRSSS et établissements sont à l'avantage du CRSSS: les contrôles du conseil régional vers les établissements sont généralement positifs, alors qu'en sens inverse, ceux des établissements vers lui sont mixtes, le CRSSS pouvant toujours refuser les recommandations des établissements et procéder unilatéralement, du moins est-ce là l'idée des ordres conçus de nature institutionnelle. Une structuration coarchique du graphe partiel CSSS-ETSS-ETSA est donc possible si le CRSSS répond positivement aux recommandations des établissements. A l'échelon provincial cette fois, le Ministère occupe toujours une position de centre et d'articulateur interrégional.

D'une perspective plus globale (relations complémentaires incluses), le Ministère devient le seul centre d'une structure hiérarchique qu'il domine. Puisque le Ministère peut rejoindre directement les établissements, le CRSSS n'est plus considéré comme un articulatoire ou un centre mais simplement comme un mitoyen, sauf en ce qui concerne sa relation avec les organismes communautaires.

Le multigraphe représentant le niveau ^{du} du contrôle sur les statuts est non-connexe compte tenu que la population et les organismes communautaires sont en position isolée. Notons la quasi-absence de mandats spécifiques relatifs à ce niveau de même qu'au suivant (l'information structurante). Dans l'ensemble, le sous-graphe MASS-CSSS-ETSS-ETSA est quasi-fortement connexe, la structure étant alors hiérarchique avec le Ministère comme centre et articulatoire. Encore une fois le CRSSS perd sa position d'articulatoire pour devenir un marginal du fait des relations de contrôle positives existantes entre le Ministère et les établissements, ces derniers occupant également une position de marginal.

En ce qui a trait à l'ensemble des contrôles (spécifiques et complémentaires) sur l'information structurante, le sous-graphe, composé de tous les postes à l'exception des organismes communautaires, est quasi-fortement connexe. Le Ministère occupe à l'échelon provincial une position de centre et d'articulatoire interrégional. Lorsque nous ne prenons en compte que les relations complémentaires, il devient également centre et articulatoire à l'échelon régional: sans lui le sous-graphe devient non-connexe du fait de l'isolement des établissements et de la population.

5.2 Des suites concrètes au coup d'envoi de 1977: la période 1978-1981

Comme nous le verrons dans cette section, le processus de décentralisation va prendre de l'ampleur au cours de cette période qui s'achèvera juste avant l'adoption du projet de Loi 27 (1981).

5.2.1 Les projets de Loi 10 (1977) et 103 (1978)

C'est par l'adoption du projet de Loi 10 en novembre 1977 (tableau 10) que le Gouvernement du Québec venait légaliser l'existence des commissions administratives régionales créées au printemps de la même année (voir 5.1.1). Ce projet de loi contenait également une autre disposition relative à la décentralisation vers les conseils régionaux: celle de leur confier le mandat de mettre sur pied et d'administrer des services communs pour les établissements de leurs régions. Enfin il oblige les établissements à préparer un

Tableau 10. Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
B01	Mettre sur pied et administrer des services communs pour les établissements de leurs régions	Projet de loi 10	77-11-10
B02	Exercer à l'intérieur de son territoire, toute autre fonction ou d'assumer le coût de tout programme relié à l'administration des services de santé et des services sociaux et qui lui sont confiés par le lieutenant - gouverneur en conseil	Projet de loi 103	78-12-23
B03	Approuver certains règlements de régie interne d'établissements		
B04	Approuver certains projets de construction ou d'emprunt des établissements		
B05	Approuver les plans d'organisation et d'effectifs médicaux des centres hospitaliers universitaires		
B06	Voir, conjointement avec le Ministère, à l'application de la politique de scolarisation optimale des enfants des établissements du Ministère	01-00-02	79-05-14
	<i>Fermeture des lits autorisés au permis</i>	70-00-04	79-05-04
B07	Coordonner et superviser les décisions prises par les établissements de réduction de services dans les CH		
B08	Tenir à jour un registre des informations		

Tableau 10. (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Refonte de certains mandats antérieurs dans les secteurs de:</i> <i>1. Services de santé mentale</i>	A.C. 3179-79	79-11-28
	<i>Relativement à la planification</i>		
B09	Déterminer les orientations et les priorités régionales		
B10	Elaborer les plans de mise en oeuvre conformes aux orientations et plans du Ministère		
B11	Produire au Ministère une liste des besoins régionaux		
	<i>Relativement à la programmation</i>		
B12	Coordonner les activités des établissements et des organismes		
B13	Assurer la complémentarité des activités entre les établissements et les organismes		
B14	Recevoir, étudier, accepter, refuser ou recommander tout projet soumis par les établissements ou organismes relatif à l'amélioration des services existants ou au développement de nouveaux services en conformité avec les plans régionaux		
B15	Voir à ce que soit élaborée une programmation adaptée aux besoins de la clientèle		
B16	Veiller au bon fonctionnement des processus d'admissibilité		
B17	Déterminer la vocation des établissements		
B18	Préciser la teneur du permis des établissements à être approuvé par le Ministre		
	<i>Relativement au financement</i>		
B19	Déterminer les plans de réallocation des ressources		
B20	Assurer une plus grande équité dans la distribution des services		
B21	Répartir l'enveloppe régionale de développement fixée par le Ministère entre les établissements		
	<i>Relativement au contrôle et à l'évaluation</i>		
B22	Assurer le contrôle budgétaire des décisions qu'il prend		
B23	Collaborer à la cueillette d'information nécessaire au Ministère		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Refonte de certains mandats antérieurs dans les secteurs de:</i> <i>2. Activités de réadaptation</i>	A.C. 3179-79	79-11-28
	<i>Relativement à la planification</i>		
B24	Déterminer les orientations et les priorités régionales		
B25	Elaborer les plans de mise en oeuvre conformes aux orientations et plans du Ministère		
B26	Produire au Ministère une liste des besoins régionaux		
	<i>Relativement à la programmation</i>		
B27	Coordonner les activités des établissements et des organismes		
B28	Assurer la complémentarité des activités entre les établissements et les organismes		
B29	Recevoir, étudier, accepter refuser ou recommander tout projet soumis par les établissements ou organismes relatif à l'amélioration des services existants ou au développement de nouveaux services en conformité avec les plans régionaux établis		
B30	Voir à ce que soit élaborée une programmation adaptée aux besoins de la clientèle		
B31	Veiller au bon fonctionnement des processus d'admissibilité		
B32	Déterminer la vocation des établissements		
B33	Préciser la teneur du permis des établissements à être approuvé par le Ministre		
	<i>Relativement au financement</i>		
B34	Déterminer les plans de réallocation de ressources		
B35	Assurer une plus grande équité dans la distribution des services		
B36	Répartir l'enveloppe régionale de développement fixée par le Ministère entre les établissements		
	<i>Relativement au contrôle et à l'évaluation</i>		
B37	Assurer le contrôle budgétaire des décisions qu'il prend		
B38	Collaborer à la cueillette d'information nécessaire au Ministère		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Refonte de certains mandats antérieurs dans les secteurs de:</i> <i>3. Services relevant des CLSC</i>	A.C. 3179 - 79	79 - 11 - 28
	<i>Relativement à la planification</i>		
B39	Déterminer les orientations et les priorités régionales		
B40	Elaborer les plans de mise en oeuvre conformes aux orientations et plans du Ministère		
B41	Produire au Ministère une liste des besoins régionaux		
	<i>Relativement à la programmation</i>		
B42	Coordonner les activités des établissements		
B43	Assurer la complémentarité des activités entre tous les établissements socio - sanitaires		
B44	Recevoir, étudier, accepter, refuser ou recommander tout projet soumis par les établissements ou relatif à l'amélioration des services existants ou au développement de nouveaux services en conformité avec les plans régionaux établis		
B45	Voir à ce que soit élaborée une programmation adaptée aux besoins de la clientèle		
B46	Déterminer la vocation des établissements		
B47	Préciser la teneur du permis des établissements à être approuvé par le Ministère		
B48	Coordonner les activités reliés à l'implantation de nouveaux CLSC en conformité avec les décisions, politiques et orientations du Ministère		
	<i>Relativement au financement</i>		
B49	Déterminer les plans de réallocation de ressources		
B50	Assurer une plus grande équité dans la distribution des services		
B51	Répartir l'enveloppe régionale de développement fixée par le Ministère entre les établissements		
	<i>Relativement au contrôle et à l'évaluation</i>		
B52	Assurer le contrôle budgétaire des décisions qu'il prend		
B53	Collaborer à la cueillette d'information nécessaire au Ministère		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 – 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Refonte de certains mandats antérieurs dans les secteurs de:</i> <i>4. Programme de services à domicile</i>	A.C. 3179 – 79	79 – 11 – 28
	<i>Relativement à la planification</i>		
B54	Déterminer les orientations et les priorités régionales		
B55	Elaborer les plans de mise en oeuvre conformes aux orientations et plans du Ministère		
B56	Produire au Ministère une liste des besoins régionaux		
	<i>Relativement à la programmation</i>		
B57	Coordonner les activités des établissements et organismes		
B58	Assurer la complémentarité des activités entre les établissements et les autres organismes		
B59	Recevoir, étudier, accepter, refuser ou recommander tout projet soumis par les établissements ou relatif à l'amélioration des services existants ou au développement de nouveaux services en conformité avec les plans régionaux établis		
B60	Voir à ce que soit élaborée une programmation adaptée aux besoins de la clientèle		
B61	Veiller au bon fonctionnement des processus d'admissibilité		
	<i>Relativement au financement</i>		
B62	Déterminer les plans de réallocation de ressources		
B63	Assurer une plus grande équité dans la distribution des services		
B64	Répartir l'enveloppe régionale de développement fixée par le Ministère entre les établissements et organismes		
	<i>Relativement au contrôle et à l'évaluation</i>		
B65	Assurer le contrôle budgétaire des décisions qu'il prend		
B66	Collaborer à la cueillette d'information nécessaire au Ministère		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Refonte de certains mandats antérieurs dans les secteurs de:</i> <i>5. Transports des malades et blessés</i>	A.C. 3178 - 79	79 - 11 - 28
	<i>Relativement à la planification</i>		
B67	Déterminer la nature et la quantité des besoins en services		
B68	Produire au Ministère toutes recommandations découlant de ces activités		
	<i>Relativement à la programmation</i>		
B69	Subdiviser le territoire en "zones ambulancières"		
B70	Evaluer les "zones ambulancières" en termes de ressources matérielles et humaines afin de déterminer celles à être subventionnées selon la politique du Ministère à ce sujet		
B71	Sélectionner le personnel ambulancier en vue du recyclage et du perfectionnement		
	<i>Relativement au financement</i>		
B72	Gérer les enveloppes monétaires qui lui sont consenties conformément à la politique de subvention de zones, à la politique de formation du personnel et aux directives ministérielles qui en découlent		
	<i>Relativement au contrôle et à l'évaluation</i>		
B73	Collaborer à la cueillette d'information nécessaire au Ministère		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
B74	Les établissements concernés doivent faire connaître au conseil régional de leur région, pour le 1er avril 1980, leur politique d'admission et de fonctionnement du service des urgences	77 - 50 - 03	80 - 03 - 07
	<i>Gestion du budget de renouvellement et de développement d'équipement CLSC, CSS, CA</i>	01 - 00 - 21	80 - 06 - 20
B75	Pour le renouvellement, partager le fonds régional selon leurs propres critères Pour le développement, suivre les directives de la circulaire 30 - 00 - 05A (cf B10)		
B76	Répartir entre les CAH l'enveloppe régionale de développement pour les services d'hébergement pour les personnes âgées, en respectant les orientations ministérielles contenues dans la circulaire	01 - 10 - 16	80 - 06 - 20
	<i>Location d'espaces</i>	01 - 00 - 22	80 - 06 - 20
B77	Recevoir et étudier tout projet de locations d'espaces provenant de tous les établissements		
B78	Distribuer les enveloppes régionales de fonctionnement		
B79	Administrer le solde de cette enveloppe via un fonds spécial		
B80	Attribuer tout budget de développement, s'il y a lieu		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Mandats confiés aux Conseils régionaux de l'Estrie et du Saguenay /Lac St-Jean</i>	2234 - 80 2290 - 80	80 - 07 - 16 80 - 09 - 24
	<i>Relativement aux activités de planification</i>		
B81	Identifier les besoins et en informer le Ministre afin de l'éclairer dans le choix des orientations et priorités de portée provinciale		
B82	Conseiller le Ministre dans la détermination de ses objectifs		
B83	Déterminer les objectifs et priorités de sa région dans la cadre des orientations formulées par le Ministre		
	<i>Relativement aux activités de programmation, d'organisation et de budgétisation</i>		
B84	Conseiller le Ministre dans l'élaboration de politiques et normes relatives à l'organisation des services		
B85	Conseiller le Ministre relativement à la création de nouveaux établissements		
B86	Conseiller le Ministre relativement à la fermeture d'établissements existants		
B87	Conseiller le Ministre relativement au regroupement d'établissements		
B88	Conseiller le Ministre sur les permis des établissements		
B89	Déterminer les clientèles prioritaires de chaque établissement		
B90	Déterminer les programmes prioritaires de chaque établissement		
B91	Déterminer les services prioritaires de chaque établissement		
B92	Approuver les critères d'admission de chaque établissement conformément au permis émis par le Ministre		
B93	Approuver les politiques d'admission de chaque établissement conformément au permis émis par le Ministre		
B94	Conseiller le Ministre sur les critères d'élaboration des enveloppes budgétaires		
B95	D'ici 3 ans (...) présenter au Ministre les demandes budgétaires destinés à financer les dépenses de fonctionnement des établissements		
B96	Répartir entre les établissements les sommes que le Ministère lui alloue selon la structure de programme en vigueur		
	<i>Relativement aux activités de contrôle et d'évaluation</i>		
B97	Conseiller le Ministre dans l'élaboration des normes auxquelles devront se conformer les établissements		
B98	Collaborer à la détermination des critères que le Ministre élabore pour exercer sa fonction contrôle auprès du Conseil et des établissements		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Mandats confiés aux Conseils régionaux de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean (suite)</i>	2234-80 2290-80	80-07-16 80-09-24
	<i>Relativement aux activités de contrôle et d'évaluation (suite)</i>		
B99	Collaborer à la mise sur pied de système d'information		
B100	Contribuer à l'évaluation de l'impact des politiques		
B101	Contribuer à l'évaluation de l'impact des programmes		
B102	Contribuer à la surveillance par le Ministère de la qualité des services		
B103	Contribuer à l'évaluation par le Ministère de la qualité des services		
B104	Vérifier si les objectifs fixés aux établissements ont été atteints		
B105	Prendre les mesures correctrices appropriées		
B106	Vérifier si les budgets alloués aux établissements ont été utilisés aux fins et dans les limites financières fixées		
B107	Recommander ou adopter les mesures correctrices appropriées suite à la vérification des budgets		
B108	Aucune décision concernant le programme "Réadaptation" ne sera prise au Ministère sans l'accord explicite des Conseils régionaux de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean		
	<i>Politique relative à la construction, achat ou location pour les établissements de services sociaux</i>	1981-004	81-01-16
B109	Recevoir et étudier tout projet de construction ou de location soumis par un établissement et faire des recommandations à celui-ci et au Ministère		
	<i>Politique relative aux acquisitions, ventes et locations d'immeubles (Remplace 01-00-22 (B77 à B80))</i>	1981-005	81-01-19
B110	Recevoir et étudier tout projet de renouvellement, de relocalisation ou de nouvelles locations d'espaces soumis par un établissement et faire ses recommandations à celui-ci		
B111	Distribuer l'enveloppe régionale de fonctionnement aux établissements		
B112	Administrer le solde de cette enveloppe		
B113	Attribuer tout budget de développement de location d'espaces		
B114	Maintenir pour ce faire un fonds spécial		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Mandats confiés au Conseil de la santé et des services sociaux de Montréal - métropolitain</i>	A.C. 234-81 A.C. 236-81	81-02-04 81-02-04
B115	De déterminer et d'assurer la mise en place des politiques d'admission et de transfert des bénéficiaires dans les établissements de santé et de services sociaux de la région, à l'exception des transferts effectués en application de la Loi de la protection de la Jeunesse		
B116	De déterminer et d'assurer la mise en place des procédures générales et des modes de fonctionnement des services d'urgences dans les établissements de la région 06A		
B117	De déterminer et d'assurer la mise en place du cadre général que doivent suivre les établissements dans l'affectation et la distribution des lits		
B118	De concevoir et d'implanter un système d'information régionale permettant de connaître, de façon quotidienne, la situation dans les établissements du territoire en regard des inscriptions, des admissions, des hospitalisations, des transferts et des transports ambulanciers		
B119	D'agir comme seule autorité habilitée à autoriser le déplacement des malades vers d'autres centres lorsqu'un établissement vit une situation d'engorgement		
B120	De mettre sur pied une centrale de communications pour répartir les cas d'urgence et réviser, s'il y a lieu, le système ambulancier		
	<i>Achat d'équipements mobiliers, de développement, de renouvellement, secteur des services sociaux</i>	A.C. 636-81	81-03-04
B121	Distribuer l'enveloppe de base des équipements mobiliers		
B122	Répartir l'enveloppe régionale de développement entre les établissements		
B123	Assurer le contrôle budgétaire de ses décisions		
B124	Collaborer à la cueillette d'information du Ministère		
	<i>Demandes de ressources humaines, matérielles et financières de la part des CLSC, CH, CSS, CA (annule 30-00-05A (B10))</i>	1981-022	81-04-16
B125	Déterminer les formats, délais et procédures devant permettre aux établissements de faire leurs demandes		
B126	Soumettre au Ministère des recommandations annuelles concernant l'état des besoins nouveaux de sa région par ordre de priorité et selon la structure par programme du Ministère		
B127	Recevoir, étudier, accepter, refuser ou recommander toute demande soumise par les établissements		
B128	Assurer la distribution des enveloppes régionales allouées par le Ministère		

Tableau 10 (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1978 - 1981.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Budget supplémentaire 1980-81 du programme de services aux personnes handicapées mentales</i>	1981-076	81-05-02
B129	Faire parvenir au Ministère leurs recommandations quant aux budgets qui leur sont alloués (selon une méthodologie élaborée au Ministère et contenue dans la circulaire)		
B130	Approuver tous les contrats de services en pharmacie des CAH selon des critères déterminés à l'avance pour les services professionnelles et les modes d'approvisionnement	1981-071	81-07-07
	<i>Opération "Plans de redressement"</i>	1981-114	81-07-15
B131	Identifier les services prioritaires de la région		
B132	Aider les établissements dans l'élaboration de leur plan de redressement financier		
B133	Analyser et transmettre au Ministère leur avis sur les propositions de redressement budgétaire des établissements qui affectent le niveau de service à la population		
B134	Proposer au Ministère les fusions d'établissements		
B135	Proposer au Ministère les changements de vocation pour les établissements		
B136	Proposer au Ministère les modifications au nombre de lits		
B137	Proposer au Ministère les diminutions sensibles et les fermetures de certains services ou programmes		
B138	Proposer au Ministère toute mesure de rationalisation ou d'organisation des services à la population		
B139	Coordonner éventuellement l'implantation des propositions acceptées par le Ministère		
	<i>Programme de services dentaires préventifs</i>	01-00-26	81-07-17
B140	Présenter au Ministère un projet de répartition entre CH-DSC et CLSC de l'enveloppe budgétaire confiée		
	<i>Politique cadre de formation</i>	1981-117	81-07-31
B141	Animer et coordonner les efforts de formation reliée à l'emploi		
B142	Identifier les besoins de formation		
B143	Recommander les priorités régionales au Ministère		
B144	Collaborer avec le Ministère à la mise en oeuvre des activités de formation		
B145	Collaborer avec le Ministère à l'évaluation des programmes de formation		

plan d'organisation interne décrivant les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements.

Le projet de Loi 103 est adopté le 23 décembre 1978. Un premier amendement majeur à la Loi sur les services de santé et les services sociaux consacre la volonté d'augmenter (potentiellement) l'importance du rôle des conseils régionaux dans le processus administratif. L'article 1 du projet de loi ajoute, en effet, le paragraphe suivant aux fonctions du Conseil:

"18g) d'exercer, à l'intérieur de son territoire, toute autre fonction ou d'assumer le coût de tout programme relié à l'administration des services de santé et des services sociaux et qui lui sont confiés par le lieutenant-gouverneur en conseil."

Cet article permet au législateur de confier de manière plus officielle, c'est-à-dire par décret plutôt que seulement par simple circulaire comme par le passé, de nouveaux mandats aux conseils régionaux sans procéder nécessairement par l'adoption d'une loi. Cette pratique sera largement utilisée par les gouvernements, tant péquiste que libéral, qui n'ont plus à passer par l'Assemblée nationale de façon systématique.

L'article 44 du projet de loi prévoit que, par règlement, le Conseil exécutif pourra autoriser un CSSS à approuver certains règlements de régie interne d'établissements, des projets de construction ou d'emprunts, etc. Le gouvernement se donne cependant le pouvoir d'exercer un contrôle de tutelle sur les CSSS, similaire à celui qu'il pourrait déjà exercer sur les établissements du réseau socio-sanitaire: nomination d'un enquêteur, d'un contrôleur, administration provisoire, etc.

Un amendement modifie l'article 70 de la loi. Il confère aux conseils régionaux le pouvoir d'approuver les plans d'organisation et d'effectifs médicaux des centres hospitaliers affiliés aux universités.

Le projet de Loi 103 (1978) transfère également au ministre des Affaires sociales des pouvoirs décisionnels détenus jusqu'alors par le lieutenant-gouverneur en conseil. Par exemple, l'autorisation pour l'émission de lettres patentes supplémentaires, l'annulation et la délivrance de lettres patentes en cas de fusion ou de conversion d'établissements, les nominations des représentants de groupes socio-économiques sur les conseils d'administration des établissements et des conseils régionaux.

5.2.2 L'année 1979: une année importante pour les conseils régionaux

L'année 1979 commence au mois de mai en ce qui concerne les principaux mandats confiés aux CRSSS. Le Ministère leur demande alors de voir à l'application de la politique de scolarisation optimale des enfants en établissements (circulaire 01-00-02, tableau 10), de coordonner et superviser la fermeture des lits autorisés au permis (pour la période estivale entre autres). Enfin il annonce qu'il dispose de crédits de développement destinés aux centres locaux de services communautaires (20-00-08):

"En accord avec les mandats de décentralisation, le Ministère confie aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux la responsabilité de répartir entre les CLSC les enveloppes budgétaires régionales qui leur sont respectivement allouées (...)"

En fait ce n'est là que l'actualisation d'un mandat vieux de plus de deux ans (NP-1-1977; cf A10, tableau 8).

Le 24 octobre 1979, la circulaire 30-00-05A vient rappeler aux établissements que le Ministère ne procédera plus à aucune analyse de demandes de développement provenant directement des établissements du réseau. Toutes ces demandes devront être acheminées au conseil régional concerné. Il faut donc en conclure que certains établissements continuaient d'aller "cogner" à la porte du Ministère pour leurs demandes de développement, et ce malgré qu'une circulaire leur demandant de mettre fin à cette pratique fut émise dès 1975 (INF-74-1975; cf A04) et reprise l'année suivante (30-00-05; cf A05).

Le 28 novembre 1979, le Conseil des ministres sanctionnait l'arrêté en conseil 3179-79. Celui-ci vient mieux définir les fonctions et pouvoirs des conseils dans certains secteurs ayant déjà fait l'objet d'une décentralisation à leur échelon. Par exemple l'ancien mandat relié aux services de mésadaptation sociale (NP-2-1977) est élargi pour englober tout le champ de la réadaptation: mésadaptation sociale, inadaptation mentale et physique. Celui relié aux services psychiatriques (NP-3-1977) a été élargi de façon à couvrir l'ensemble des soins en santé mentale. Les CRSSS se voient également confier le mandat de l'application des politiques ministérielles relatives au transport des malades et des blessés.

relatifs aux acquisitions, ventes et locations d'immeubles dans une circulaire complémentaire à la précédente (1981-005).

Le Conseil des ministres confie le 4 février 1981 au conseil de la santé et des services sociaux de la région métropolitaine de Montréal le mandat de mettre sur pied un centre de coordination des urgences santé pour l'ensemble de son territoire.

Un mois plus tard, c'est à l'ensemble des CRSSS que le gouvernement confie par décret (A.C. 636-81) la distribution de l'enveloppe de base des équipements mobiliers et la répartition de l'enveloppe régionale de développement entre les établissements de services sociaux.

En avril, le Ministère reprend la "saga de la 30-00-05" en émettant la circulaire 1981-022: Depuis 1975, c'est la troisième fois qu'il tente de ramener à l'ordre les établissements en ce qui concerne l'obligation qui leur est faite de passer par les CRSSS en ce qui concerne leurs demandes de ressources humaines, matérielles et financières. En mai, les CRSSS sont invités à faire connaître au Ministère leurs recommandations quant aux budgets du programme de services aux personnes handicapées mentales. Il leur demande en juillet d'approuver les contrats de services en pharmacie des CAH (circulaire 1981-071).

Le 15 juillet, le Ministère leur faisait parvenir une circulaire concernant les budgets des établissements pour l'année 1981-82 et lançait l'opération "Plans de redressement". Les budgets de chacun des établissements de la région étaient joints à la circulaire. La circulaire demandait aux conseils régionaux, entre autres, d'aider les établissements dans l'élaboration de leur plan de redressement, plan rendu nécessaire par l'écart entre le budget "normalement prévu" pour l'établissement et celui effectivement consenti par le Ministère, compte tenu du bouleversement économique mondial. Les CRSSS sont également invités à lui proposer des mesures de rationalisation et d'en coordonner l'application, et à proposer les changements de vocation et les fusions d'établissements.

Comme si cette opération n'était pas suffisante pour occuper leur été, les CRSSS se voient confier quelques jours plus tard une série de mandats dans le cadre de la politique de formation du Ministère. C'est sur cette note "formative" que se termine la revue des mandats confiés aux conseils durant la période 1978-1981. Procédons maintenant à leur analyse.

5.2.3 1980: un document ministériel de consultation sur la décentralisation administrative et des expériences-pilotes

Le 20 mars 1980, le ministère des Affaires sociales rend public un document de consultation intitulé Elements pour une politique de décentralisation administrative (MAS 1980). Comme son titre l'indique, ce document devait être le précurseur d'une véritable politique de décentralisation.

Ce document n'eut jamais de suites officielles. Pour cette raison, il ne paraît pas dans la grille d'analyse. Il apparaît cependant essentiel d'en rappeler le contenu, compte tenu qu'il a servi en quelque sorte de "brouillon" à plusieurs décrets gouvernementaux relatifs aux conseils régionaux en 1980 et 1981. C'est le cas par exemple des mandats de décentralisation confiés aux conseils régionaux de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean dans le cadre d'une expérience-pilote.

Le premier chapitre du document trace à grands traits l'évolution de l'organisation des Affaires sociales au Québec et la situation en 1980 de la gestion du réseau des services de santé et des services sociaux. Il conclut à l'efficacité des conseils régionaux et au caractère indispensable de leur présence (MAS 1980: 28). Le second chapitre précise l'évolution envisagée du réseau des Affaires sociales. Après avoir abordé les raisons militent en faveur d'une poursuite de la décentralisation (ampleur du réseau, difficultés dans la coordination des activités, besoins locaux noyés dans les plans d'action provinciaux, etc) le Ministère spécifie les objectifs de la politique de décentralisation administrative à venir (MAS 1980: 38):

"(...) s'assurer que les services offerts correspondent aux besoins réels et prioritaires de la population; établir clairement une répartition des rôles et responsabilités entre les différents intervenants et faire en sorte de favoriser la coordination et la complémentarité entre les établissements; rapprocher les centres de décision de l'action et impliquer la population concernée et les intervenants habilités dans le processus décisionnel; permettre à la population locale et régionale une plus large participation à la définition de ses besoins, à l'identification de ses priorités et enfin à la prise de décision."

Le document aborde ensuite le partage des rôles entre le Ministère, les conseils régionaux et les établissements socio-sanitaires. Le Ministère se voit confier des rôles au niveau provincial: planificateur, contrôleur et évaluateur. En fait il conserve des pouvoirs et responsabilités très

étendus puisqu'il lui revient, entre autres, de déterminer les objectifs généraux du système, d'élaborer les politiques et priorités, de déterminer les critères, ratios et indicateurs requis, de voir à la conception et à l'organisation d'un réseau intégré de services. Il doit également assumer l'implantation des politiques et établir une programmation conforme aux objectifs, politiques, critères et normes qu'il s'est fixés, etc. En matière de contrôle et d'évaluation, il devra faire reposer ses activités sur le principe que toute décision doit être contrôlée et évaluée.

Quant aux conseils régionaux, le document leur reconnaît des rôles dans toutes les matières, mais à des degrés variables (MAS 1980: 49). Ils ont, entre autres, à déterminer des objectifs régionaux, des priorités régionales, à élaborer un train de politiques régionales en regard de la participation de la population, à établir des plans régionaux d'utilisation et de répartition des ressources, à élaborer des programmes de mise en oeuvre, à évaluer leurs propres activités et à contribuer aux évaluations concernant les établissements et le Ministère. Le document spécifie également les rôles des établissements en regard de la planification des soins et des services, de la programmation et de la budgétisation et enfin, en regard du contrôle et de l'évaluation (MAS 1980: 56).

Au cours du même mois et sans attendre les résultats de cette consultation, le Ministère invite les CRSSS à prendre connaissance des politiques d'admission et de fonctionnement du service des urgences (circulaire 77-50-03). En juin, les voilà à quelques jours d'intervalle mandatés pour s'occuper de la gestion du budget de renouvellement d'équipement pour les CLSC, CSS et CA, du partage d'une enveloppe régionale pour les services d'hébergement des personnes âgées et enfin de la location d'espaces par les établissements de leur région. Il semble que ce processus de décentralisation soit bien expérimental...

C'est par l'intermédiaire de deux arrêtés en conseil (A.C. 2234-80 et A.C. 2290-80) que le gouvernement confie aux conseils régionaux des régions de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean de nouveaux mandats se rapportant à des activités de programmation, d'organisation, de budgétisation et enfin de contrôle et d'évaluation (tableau 10).

5.2.4 1981: quand les compressions budgétaires font prendre de l'expansion au rôle des CRSSS

Dès la mi-janvier, les conseils régionaux sont mis à contribution pour recevoir et étudier les projets de construction ou de location soumis par les établissements (circulaire 1981-004). Ils héritent également de mandats

5.2.5 Analyse de la période 1978-1981

5.2.5.1 L'importance relative des différents mandats confiés à l'ensemble des conseils régionaux selon la grille d'analyse

Le tableau 11 permet de constater la volonté du Ministère de pousser plus loin ce qu'il qualifie de processus de décentralisation administrative vers le niveau régional. Nous nous pencherons dans cette sous-section sur les mandats confiés à l'ensemble des conseils, conservant pour la prochaine l'analyse de l'expérience-pilote menée en Estrie et au Saguenay/Lac St-Jean de même que celle de Montréal métropolitain.

En 1979 et 1981 surtout, les conseils se voient confier des contrôles sur des substrats relativement importants. Par exemple, par rapport au troisième niveau de la grille, il leur revient de répartir différentes enveloppes de développement entre les établissements, d'assurer le contrôle budgétaire de leurs décisions et de déterminer les plans de réallocation des ressources monétaires. En rapport avec le quatrième niveau, ils sont appelés à déterminer la vocation des établissements et à préciser la teneur de leur permis, à proposer les fusions d'établissements et les changements de vocation de ces derniers.

Enfin relativement au niveau le plus déterminant de contrôle selon notre grille, ils doivent, entre autres, déterminer les orientations et priorités régionales de même qu'élaborer les plans de mise en oeuvre des politiques dans certains secteurs. Ils ont également à accepter ou refuser les projets des établissements relativement à l'amélioration des services ou au développement de nouveaux services et à s'assurer que ceux-ci élaborent une programmation adaptée aux besoins de la clientèle. C'est la première fois depuis leur création que les conseils régionaux se voient confier des mandats aussi importants.

5.2.5.2 L'importance relative des différents mandats confiés aux conseils régionaux de l'Estrie, du Saguenay/Lac St-Jean et de Montréal métropolitain

Le tableau 11 fait bien voir également l'importance des contrôles confiés aux CRSSS de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean en 1980. Les mandats concernant le contrôle sur l'information structurante sont nombreux: par exemple, relativement aux activités de planification, ils ont à déterminer les objectifs et priorités de la région. En ce qui a trait à la programmation, ils doivent entre autres déterminer les clientèles, services et programmes prioritaires, vérifier si les objectifs fixés aux établissements ont été atteints et prendre les mesures

Tableau 11. Importance relative des principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux, 1978 – 1981.

SUBSTRATS	ANNEE			
	1978	1979	1980	1981
1		B06, B08, B11, B23, B26 B38, B41, B53, B56, B66 B67, B73	B74 B81 ⁽²⁾ , B99	B124, B125, B126, B142 <i>B118⁽³⁾</i>
2	B01 ⁽¹⁾ , B03, B04	B07, B12, B13, B20, B27 B28, B31, B35, B42, B43 B48, B50, B57, B58, B61 B63, B69, B71	B77 B84, B101, B102, B103	B109, B110, B120, B137 B138, B139, B141, B144 B145 <i>B116, B119, B120</i>
3		B19, B21, B22, B34, B36 B37, B49, B51, B52, B62 B64, B65, B70, B72	B75, B76, B78, B79 B80 B94, B95, B96, B106, B107	B111, B112, B113, B114 B121, B122, B123, B128 B129, B130, B132, B133 B140
4		B17, B18, B32, B33, B46 B47	B85, B86, B87, B88	B134, B135, B136 <i>B117</i>
5	B05	B09, B10, B14, B15, B24 B25, B29, B30, B39, B40 B44, B45, B54, B55, B59 B60	B82, B83, B89, B90, B91 B92, B93, B97, B100, B104 B105, B108	B127, B131, B143 <i>B115</i>

(1) 1977 – 11 – 10.

(2) Les codes en petits caractères normaux réfèrent aux mandats confiés aux régions de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean.

(3) Les codes en petits caractères italiques réfèrent aux mandats confiés au conseil régional de Montréal métropolitain.

NOTE: De par leur nature même, les mandats identifiés par les codes B02 et B98 ne peuvent être placés dans la grille.

correctrices appropriées. Il faut souligner cependant que plusieurs mandats reliés à ce niveau confient à ces conseils un rôle de conseiller auprès du Ministre.

La grille d'analyse permet également de constater que le Ministère confie au Conseil de Montréal métropolitain des contrôles importants: Le CSSSM fait plus qu'approuver les critères et politiques d'admission des établissements: c'est lui qui les détermine! Il doit également déterminer le cadre général que doivent suivre les établissements dans l'affectation et la distribution des lits.

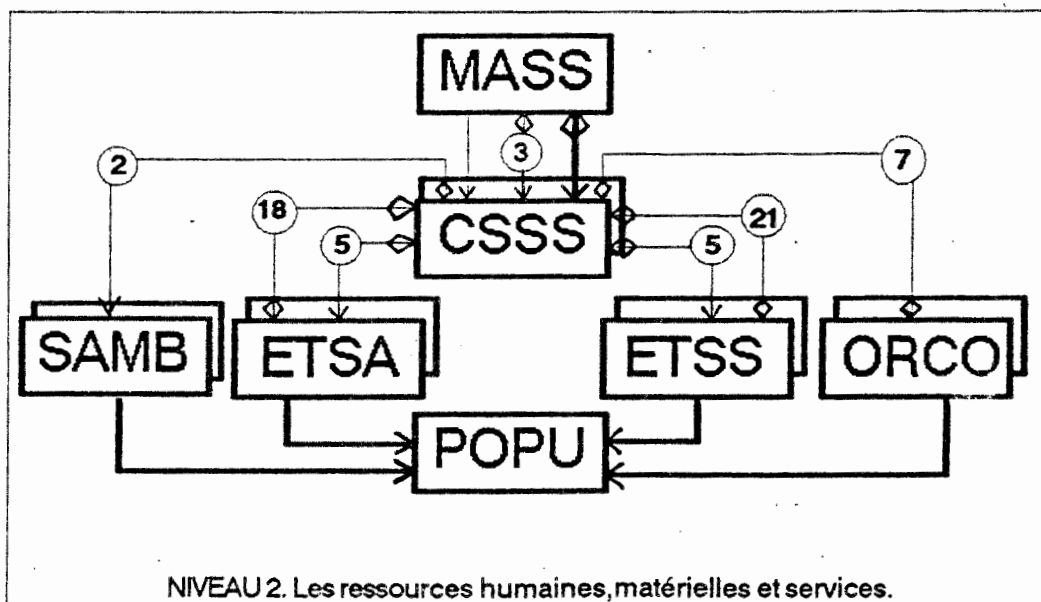
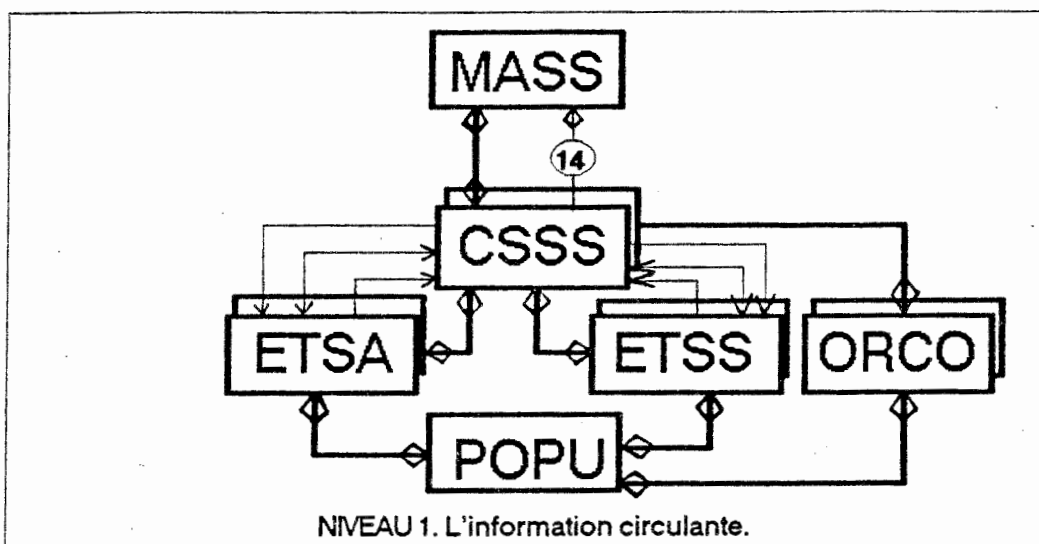
5.2.5.3 L'analyse structurale des relations de contrôles confiées à l'ensemble des conseils régionaux durant la période 1978-1981

L'analyse structurale des relations de contrôle portera essentiellement sur les mandats confiés à l'ensemble des CRSSS. Les mandats identifiés au tableau 11 comme appartenant à l'expérience-pilote de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean (B81 à B108) de même que ceux confiés spécifiquement au CRSSS de Montréal métropolitain (B115 à B120) ne sont pas retenus.

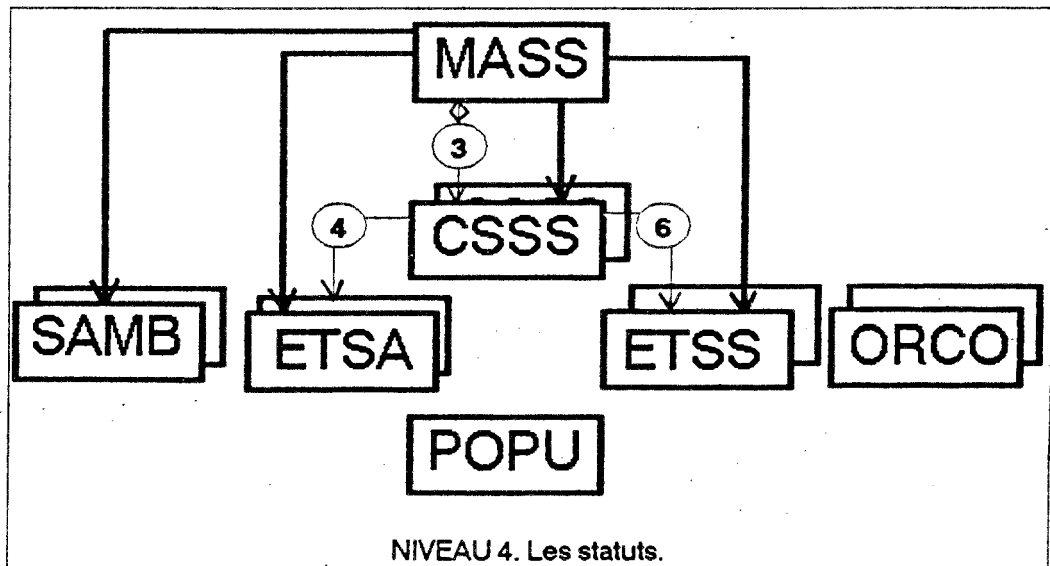
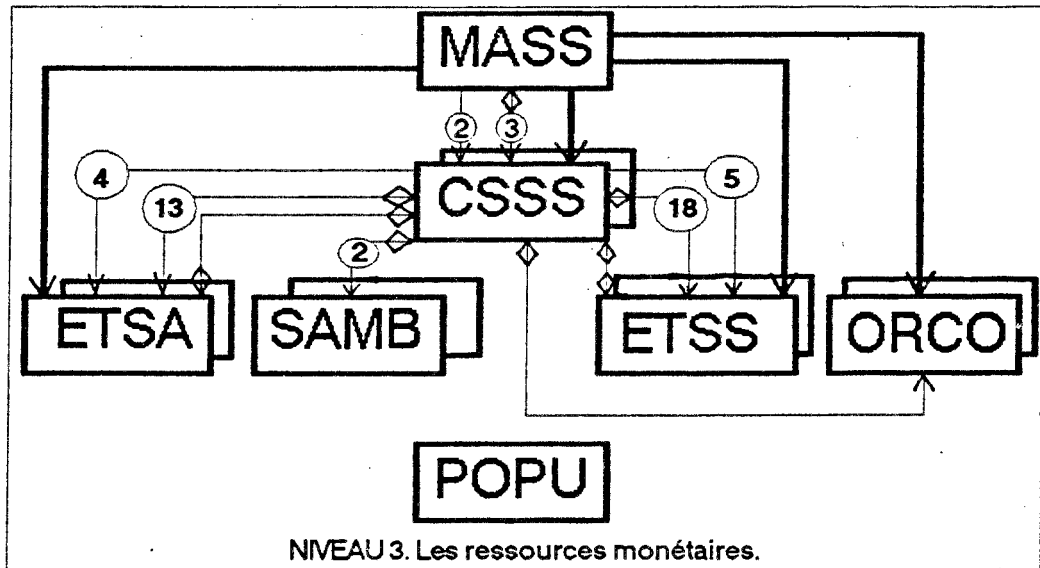
L'analyse structurale du premier niveau (multigraphes/ Série 4) montre pour l'ensemble des relations (spécifiques et complémentaires) une structure coarchique où le CRSSS joue le rôle d'articulateur à la fois aux échelons provincial et régional. En région, il partage la position de centre avec les établissements et les organismes communautaires. Il faut remarquer la multiplication, par rapport à la période 1972-1977, des relations spécifiques que le Ministère désire établir entre lui et les conseils régionaux: Il demande très souvent (14 fois) à ce que les CRSSS lui fournissent des informations sur les besoins régionaux et qu'ils collaborent à la cueillette d'informations qui lui seront utiles pour le contrôle et l'évaluation. Le Ministère occupe une position de mitoyen relativement à la problématique d'une région. Toutefois c'est un centre et un articulateur à l'échelon provincial.

Au second niveau, la situation est plus complexe. Débutons par l'étude des connexions spécifiques (lignes fines). Contrairement à la situation prévalant au niveau de ce substrat pendant la période 1972-1977, mais comme dans le cas du premier niveau de la période 1978-1981, le Ministère indique explicitement qu'il attend des propositions concrètes de la part des conseils relativement à ce niveau de substrat. Le sous-graphe MASS-CSSS-ETSA-ETSS-ORCO est pour la majorité des relations recensées fortement connexe lorsque les relations mixtes sont positives et que les connexions entre CRSSS et Ministère sont positives dans les

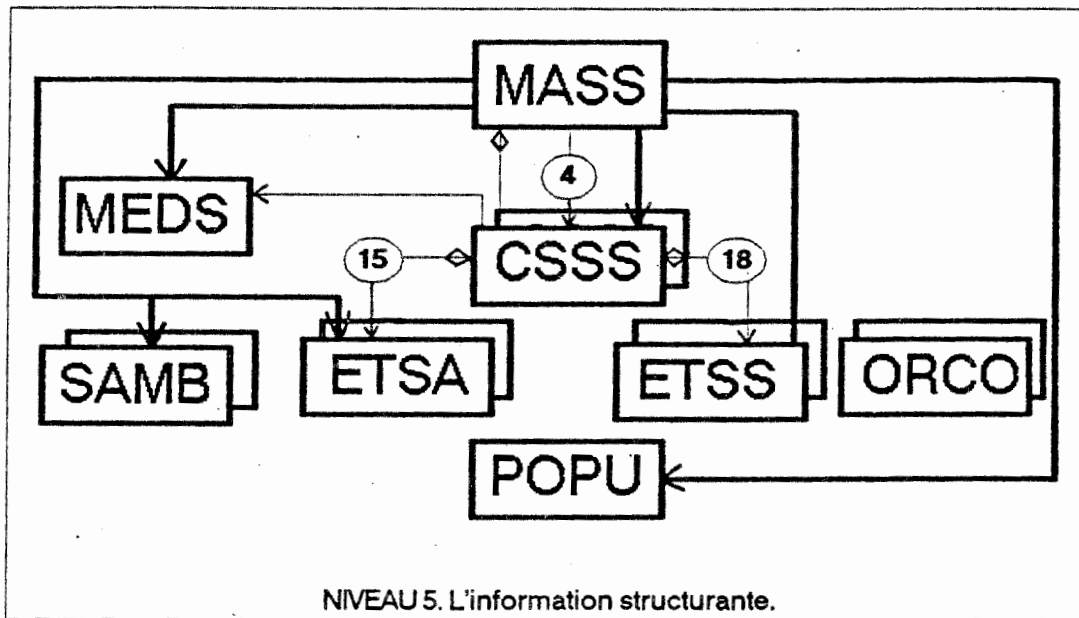
MULTIGRAPHERS/ SERIE 4. La période 1978 – 1981.



MULTIGRAPHES/ SERIE 4. La période 1978 – 1981.



MULTIGRAPHES/ SERIE 4. La période 1978 – 1981.



deux sens, c'est à dire que le Ministère agisse dans le sens des recommandations exprimées par le CRSSS relativement à ce niveau de substrat.

En analysant l'ensemble de la situation (relations de contrôle complémentaires incluses), le multigraphe est semi-fortement connexe, suggérant une forme stratarchique du système. Les mêmes remarques effectuées pour la période 1972-1977 (cf 5.1.2.2.) s'appliquent, mutatis mutandis.

Au niveau du contrôle sur les ressources monétaires, l'étude des relations spécifiques montre un phénomène nouveau par rapport à la période précédente. Nous voyons apparaître pour la première fois des relations (au nombre de quatre entre CRSSS et ETSA, au nombre de cinq entre CSSS et ETSS) où le CRSSS peut exercer un contrôle positif (par rapport à mixte) sur les établissements sans que ceux-ci aient "droit de réponse", ce que traduisent les relations à sens unique du CRSSS vers les établissements. Donc, encore davantage que dans le cas de la période 1972-1977, le CRSSS peut exercer en général des contrôles positifs sur les établissements et les organismes communautaires alors que ceux-ci ne possèdent au mieux que des contrôles mixtes (donc susceptibles d'échouer) sur le CRSSS. Le sous-graphe MASS-ETSA-ETSS-ORCO est fortement connexe si le CRSSS accepte les recommandations des établissements et des organismes communautaires. Les connexions de contrôle empruntent alors une forme coarchique. Si tel n'est pas le cas, le CRSSS demeure un articulateur s'intégrant cette fois dans une structure hiérarchique.

Dans l'ensemble, la situation diffère de celle de la période 1972-1977: le sous-graphe formé de tous les postes à l'exception de la population est semi-fortement connexe. Le CRSSS n'est plus un articulateur entre établissements et Ministère, ce dernier pouvant le court-circuiter. Cependant il demeure un articulateur pour les services ambulanciers: sans lui ce poste serait isolé et le sous-graphe non-connexe.

Le sous-graphe (MASS-CSSS-ETSA-ETSS-SAMB) formé par les connexions de contrôles spécifiques sur les statuts correspond au "réseau" socio-sanitaire. Il est quasi-fortement connexe, le CRSSS s'intégrant alors dans une structure hiérarchique des relations de contrôle où il joue le rôle d'articulateur et peut être amené à occuper une position de centre. Pour occuper cette dernière position, il faut toutefois que les contrôles mixtes qu'il peut exercer sur le Ministère soient de fait positifs. Par rapport à la situation ayant prévalu de 1972 à 1977, les contrôles positifs que peut exercer le CRSSS sur les établissements sont passés d'un seul à dix, soit pour la période 1978-1981 quatre vers les ETSA et six vers les ETSS. Lorsque nous tenons compte, dans l'analyse, des relations

complémentaires, le même sous-graphe est encore hiérarchique mais cette fois le CSSS a perdu ses rôles d'articulateur et de centre pour n'être plus qu'un mitoyen.

Le multigraphe du cinquième niveau de substrat est non-connexe, les organismes communautaires n'étant pas reliés au reste du système à ce niveau de substrat. Le sous-graphe (MASS-CSSS-MEDS-ETSA-ETSS) formé des connexions de contrôles spécifiques est semi-fortement connexe. Dans cette structure stratarchique, le CRSSS est encore en position d'articulateur. Toutefois le Ministère insiste sur l'obligation pour les CRSSS d'oeuvrer conformément à ses orientations et plans. Par rapport à la période 1972-1977, le CRSSS se voit confier une foule de mandats (15 et 18 respectivement pour ETSA et ETSS) lui permettant, sur papier toujours, d'exercer des contrôles positifs sur les établissements qui, eux, ne peuvent exercer sur lui que des contrôles mixtes, donc susceptibles d'être négatifs. A noter la connexion entre médecins et conseils régionaux, ce dernier ayant à approuver les plans d'effectifs médicaux des centres hospitaliers universitaires, et ce dès 1978 (B05). Ces plans ont été approuvés officiellement en...1988.

A ce niveau donc, l'analyse de l'ensemble des relations, complémentaires et spécifiques, fait voir un Ministère occupant une position de centre et d'articulateur alors que les CRSSS n'occupent plus qu'une position de mitoyen dans un système hiérarchisé. Les médecins, la population de même que les établissements occupent une position de marginal. Ces derniers peuvent toutefois occuper une position différente, soit celle de mitoyen si les contrôles mixtes qu'ils exercent sur le CRSSS s'avèrent positifs.

CHAPITRE 6

DU PROJET DE LOI 27
AU 31 DECEMBRE 1987

OU

UN CONSEIL VAUT...MILLE MAUX

6.1 La Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux

6.1.1 La naissance de la Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux

En novembre 1980, un mémoire (Lazure 1980) concernant le transfert de certains pouvoirs administratifs du Ministère vers les conseils régionaux fut préparé pour être présenté au Conseil des ministres. Ce mémoire expose en première partie les raisons qui militent en faveur des modifications proposées à la loi. En deuxième lieu, nous trouvons le libellé exact des amendements, article par article.

Selon le document, cette décentralisation de la prise de décision vers les conseils régionaux se fera en leur attribuant de nouvelles responsabilités: autorisation de certains travaux de construction, locations d'immeubles, mise en place et administration de services communs aux établissements, etc. Il semble que le Conseil exécutif n'ait pas autorisé son étude par le Comité de législation et qu'en conséquence, le projet de loi n'a pu être déposé au cours de la session subséquente. La dissolution de la Chambre et le déclenchement d'élections générales au Québec en mars 1981 sont venus couper court à tout ce processus législatif.

Par ailleurs à l'automne de 1979 le ministre des Affaires sociales, pressé par les négociations imminentes avec les fédérations de médecins, décida de modifier diverses dispositions législatives de façon à encadrer plus adéquatement les propositions normatives et tarifaires de la prochaine convention collective des médecins. A l'automne de 1981, il joignit ces amendements aux propositions de son mémoire de 1980 et c'est ainsi que naquit le projet de Loi 27 qui fut déposé à l'Assemblée nationale le 19 novembre 1981.

Les réactions en commission parlementaire furent nombreuses. Les associations d'établissements de toutes catégories firent front commun pour s'opposer à l'augmentation des pouvoirs des conseils régionaux. La Corporation professionnelle des médecins (CPMQ) s'insurgea contre ce qu'elle qualifia d'ingérence des CRSSS dans le domaine de l'activité professionnelle. Quant aux fédérations de médecins omnipraticiens (FMOQ) et spécialistes (FMSQ), elles remettèrent même en question les conseils régionaux comme intervenants valables. Le Comité provincial des malades et l'Association de Santé publique décrivent pour leur part la gestion "lointaine" des conseils et doutent de leur compétence pour gérer le système socio-sanitaire d'un territoire.

Le Ministre modifia son projet de loi: la seconde version comportait plus d'une centaine d'amendements et constituait un recul certain en termes de régionalisation par rapport au projet initial. C'est à peu de choses près cette version qui fut adoptée en décembre 1981, une décennie exactement après la désormais célèbre Loi 65 (1971).

6.1.2 Analyse des mandats contenus dans la Loi 27 (1981)

6.1.2.1 Le niveau de substrats des différents mandats confiés aux conseils régionaux

Nous avons retenu de la lecture de cette loi les articles interpellant plus directement l'ensemble des conseils régionaux et les avons classés selon l'importance des contrôles sur les différents substrats (tableau 12).

Au niveau des contrôles sur l'information circulante, la Loi 27 n'ajoute pas grand chose si ce n'est l'obligation faite aux établissements de fournir certaines informations statistiques sur les admissions et les transferts de bénéficiaires de même que sur les taux d'occupation.

Le gouvernement semble vouloir intensifier surtout les relations entre CRSSS et établissements au niveau des contrôles sur les ressources humaines, matérielles et les services. Plusieurs articles de la loi (18e, 72i, 72ii, 130.6, etc) y font explicitement référence.

Il faut remarquer également d'une part l'absence de mandats relatifs aux ressources financières (niveau 3) et d'autre part la timidité de la loi en ce qui concerne le niveau des contrôles sur les statuts.

Enfin il faut souligner l'importance des articles 70 et 70.1. Le premier oblige les centres hospitaliers à faire approuver par leur conseil régional la partie de leur plan d'organisation relative à la formation de départements cliniques et de services cliniques de même que le nombre de médecins et dentistes qui peuvent y exercer leur profession. Le second oblige le Ministre à consulter le conseil régional avant d'autoriser un centre hospitalier à offrir de nouveaux services nécessitant des équipes professionnelles et des équipements ultraspécialisés déterminés par règlement. Ces deux articles s'inscrivent dans une stratégie amorcée en 1978 avec l'adoption d'un des articles du projet de Loi 103. A ce moment les CRSSS étaient invités à approuver les plans d'organisation et d'effectifs médicaux des centres hospitaliers universitaires (cf B05). Le projet de Loi 27 vient étendre cette obligation à l'ensemble des centres hospitaliers. Cette stratégie s'inscrit dans la panoplie des moyens pris par le Ministère pour assurer une meilleure répartition géographique des médecins.

TABEAU 12: Mandats dévolus aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) tels qu'énoncés dans la Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, Loi 27 (1981).

MANDATS		NIVEAU
Article		
18.2	Un CRSSS désigné par règlement peut exiger de tout établissement, public ou privé, des informations statistiques sur le nombre et la nature des inscriptions et des admissions de bénéficiaires, sur le taux quotidien d'occupation et sur les transferts en ambulance de bénéficiaires.	1
18.1b	Un conseil régional ainsi désigné doit établir, conformément aux normes édictées par règlement, un système régional pour l'administration, la sortie et le transfert des bénéficiaires en soins de longue durée, en hébergement et en réadaptation (...)	2
18e	De promouvoir l'échange, l'élimination des doublons et une meilleure répartition des services dans la région ainsi que la mise en place de services communs à plusieurs établissements.	
18e.1i	Agir comme représentant exclusif des établissements ou d'une catégorie d'entre eux dans l'ensemble ou une partie de sa région pour l'approvisionnement en commun de biens qu'il détermine, à l'exclusion des catégories de biens que le ministre indique;	
18e.1ii	Agir comme représentant exclusif des établissements ou d'une catégorie d'entre eux dans l'ensemble ou une partie de sa région dans les cas et aux conditions déterminées par le ministre, pour l'approvisionnement en commun de services.	
72i	Nul ne peut sans avoir consulté le CRSSS concerné et obtenu l'autorisation du gouvernement acquérir, construire, transformer ou démolir un immeuble pour les fins d'un établissement (...)	
72ii	Nul ne peut sans avoir consulté le CRSSS concerné et obtenu l'autorisation du gouvernement aliéner un immeuble, propriété d'un tel établissement (...)	4
130.6	Le conseil d'administration d'un centre hospitalier accepte ou refuse la candidature d'un médecin ou dentiste en tenant compte du plan d'organisation visé dans l'article 70, du nombre de médecins et dentistes prévus à ce plan d'organisation, des ressources disponibles et des exigences propres au centre hospitalier. Le conseil doit, dans les trente jours de l'acceptation d'une candidature, en aviser le conseil régional concerné.	
72iii	Nul ne peut sans avoir consulté le CRSSS concerné et obtenu l'autorisation du gouvernement cesser d'exploiter un établissement.	5
18.1a	Les CH et les CA doivent soumettre à l'approbation du CRSSS de leur région, s'il est désigné par règlement, leurs critères d'admission et de sortie ainsi que leurs politiques de transfert des bénéficiaires.	
70	Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit de plus prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques de même que le nombre de médecins et dentistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services en fonction de son permis et des ressources financières dont il dispose. Le conseil d'administration doit (...) transmettre cette partie du plan d'organisation au conseil régional pour approbation. Sur demande du ministre, le conseil régional doit surseoir à son approbation jusqu'à ce que le ministre l'autorise.	
70.1	Un centre hospitalier ne peut offrir de nouveaux services dont la nature nécessite des équipes professionnelles ou des équipements ultraspecialisés déterminés par règlement (...) avant d'avoir obtenu l'autorisation écrite du ministre. Avant d'accorder cette autorisation, le ministre consulte le CRSSS	

6.1.2.2 L'analyse structurale de la Loi 27 (1981)

De manière générale, l'analyse structurale révèle la préoccupation du Ministère de ne pas faire des CRSSS des acteurs "puissants" (multigraphes/ Série 5) répondant en cela aux protestations soulevées lors des débats en commission parlementaire.

Au niveau de l'ensemble des contrôles sur l'information circulante, le sous-graphe MASS-CSSS-ETSA-ETSS-POPU est fortement connexe, ce qui correspond à une structure coarchique retrouvé à ce niveau depuis l'avènement de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en 1971.

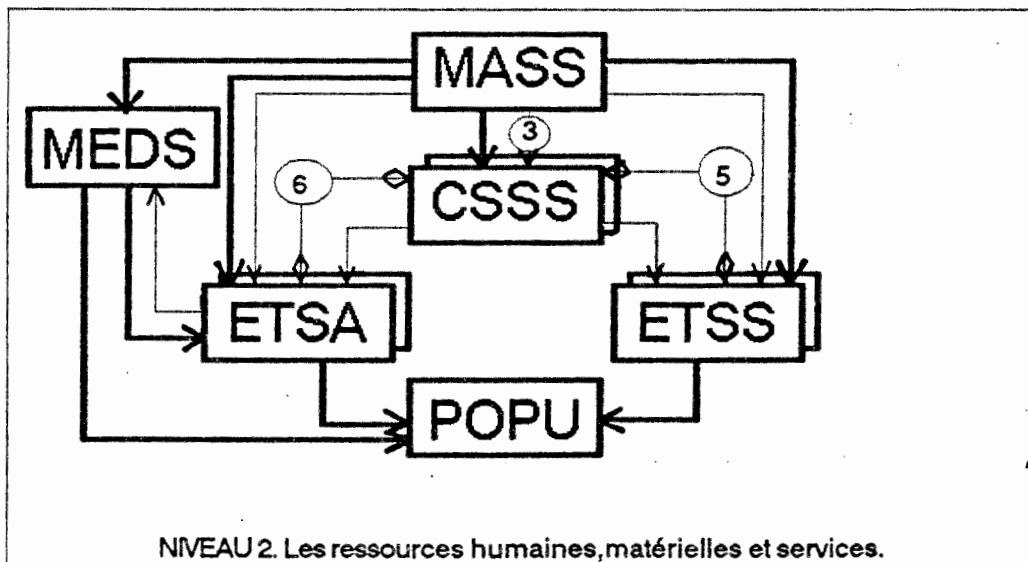
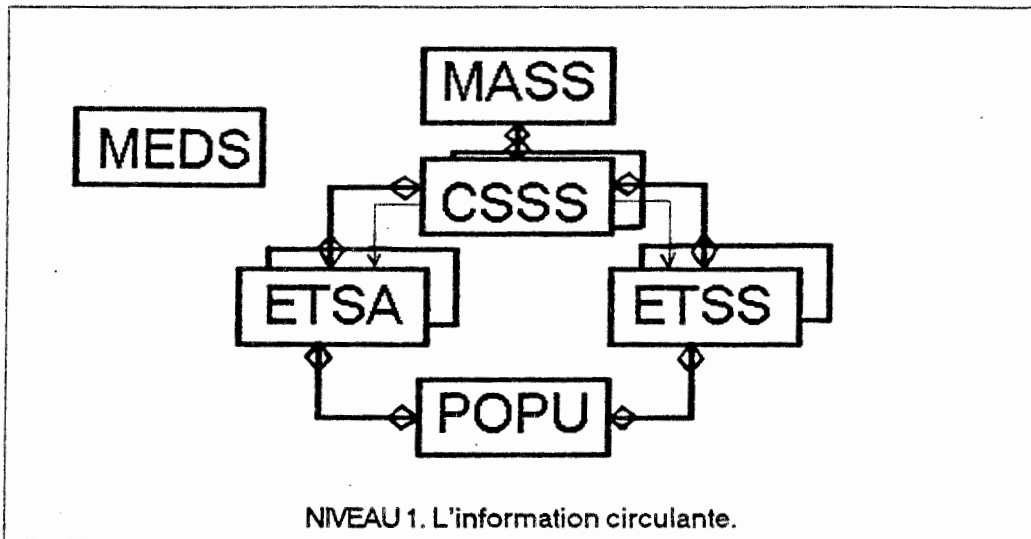
L'analyse des contrôles sur les ressources humaines et matérielles est plus diversifiée. La forme générale de l'ensemble des relations s'apparente à ce qui prévalait dans la Loi 65 (multigraphes/ Série 2). Par cette importante révision de la loi, le Ministère vient réaffirmer sa position de centre d'un système stratarchique où le CRSSS ne jouerait qu'un rôle de mitoyen. En effet la liste des pouvoirs réglementaires que le Ministre se réserve (article 173) s'est considérablement allongée, ce qui explique les connexions positives du Ministère directement vers les établissements.

Cependant au niveau des relations spécifiques, le sous-graphe CSSS-ETSA-ETSS est, pour la majorité de celles-ci, fortement connexe, le Ministère indiquant encore une fois pour ce niveau de substrat son intérêt "officiel" pour une structure coarchique des relations de contrôle entre ces postes à l'échelon régional. Rappelons l'absence de mandats relatifs au troisième niveau de la grille.

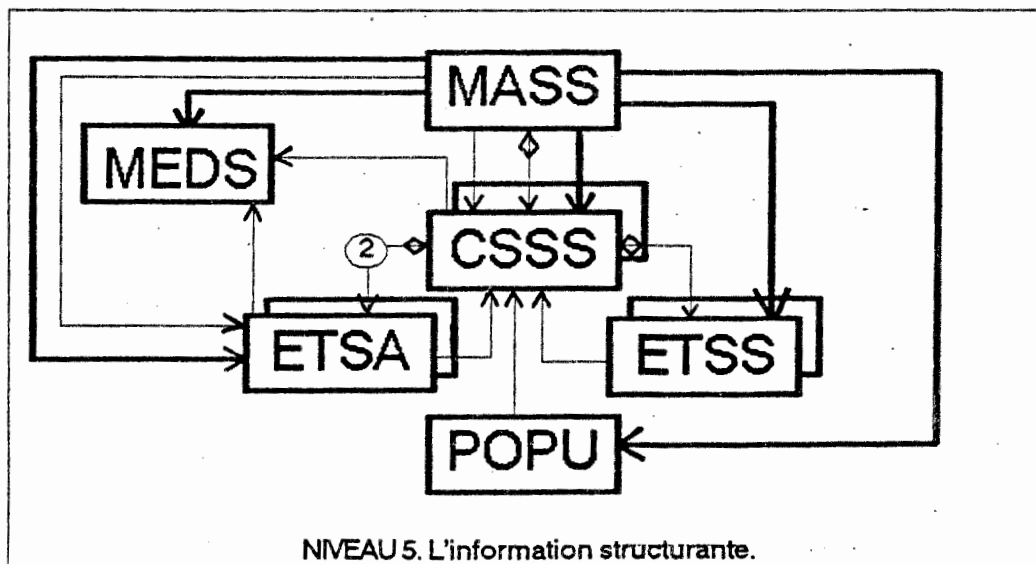
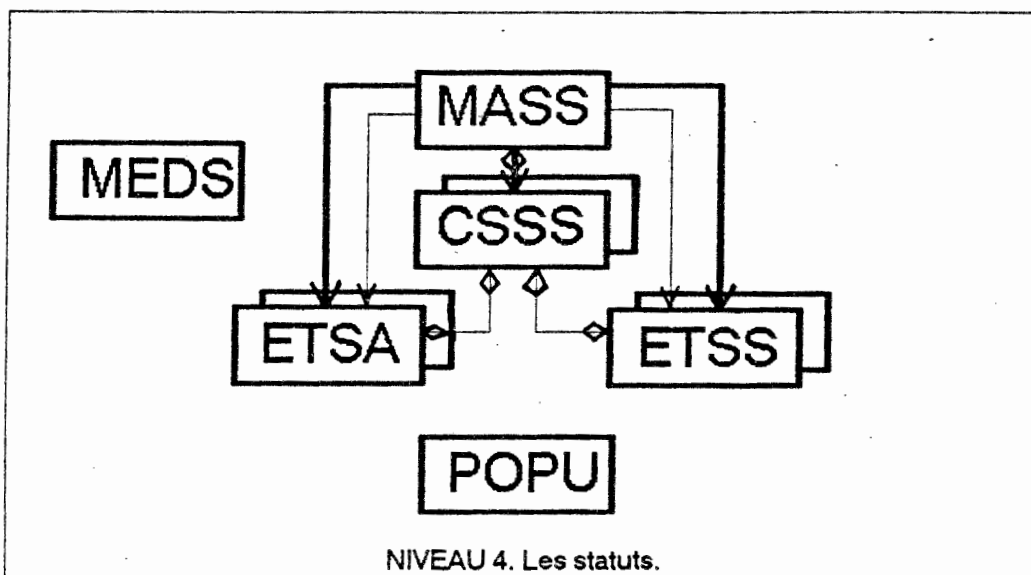
En ce qui concerne le niveau des contrôles sur les statuts, mis à part le rôle consultatif du CRSSS lors de la fermeture d'un établissement (art. 72iii), le sous-graphe MASS-CSSS-ETSA-ETSS est quasi-fortement connexe, la structure de l'ensemble des relations de contrôle étant alors hiérarchique.

L'analyse des seuls contrôles sur l'information structurante retrouvés dans la Loi 27 indique que le multigraphe est simplement connexe: il n'y a pas d'ascendant commun à tous les sommets puisque la population n'a pas d'ascendant. La structure n'est donc pas hiérarchique. Cela est dû à la présence de représentants de la population (et des établissements) sur le conseil d'administration du CRSSS, présence représentée par la connexion entre population et conseil régional. Ce dernier occupe une position d'articulateur, mais à l'intérieur d'une structure anarchique de relations de contrôle.

MULTIGRAPHES/ SERIE 5. La Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, Loi 27 (1981).



MULTIGRAPHES/ SERIE 5. (suite) La Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, Loi 27 (1981).



Egalement, les médecins sont fortement interpellés par ce projet de loi: l'article 70 et, plus indirectement l'article 70.1 viennent contraindre en partie, du moins dans les ordres conçus, leur liberté d'exercice.

Par ailleurs, en ne tenant compte que des relations de contrôle complémentaires, le CRSSS perd son rôle d'articulateur pour n'être plus qu'en position de marginal, comme au second niveau. Le Ministère se trouve encore une fois le centre et l'articulateur interrégional d'une structure hiérarchique qui, au mieux, devient stratarchique lorsque nous tenons compte à la fois des relations complémentaires et spécifiques du projet de loi.

6.2 La période 1982-1987

6.2.1 Au fil des mandats

A peine remis de leurs émotions suite à l'adoption de la Loi 27 en décembre 1981, les CRSSS se voient dès avril 1982 mis à contribution pour l'opération "Processus d'équilibre budgétaire 1982-83" (tableau 13). Les mandats se suivent rapidement à partir de ce moment, phénomène qui s'essoufflera à la fin de 1985, au moment du déclenchement des élections provinciales au Québec.

En juin 1982, les conseils sont invités à donner leur avis sur le Prix d'excellence en Affaires sociales et sur les schémas d'aménagement des municipalités régionales de comtés (MRC). En juillet, les voilà chargés de coordonner l'opération de réallocation des ressources affectées à la réalisation des programmes socio-sanitaires de première ligne. Une fois que les établissements concernés (CH-DSC, CSS et CA) auront déposé un plan de réallocation par district de CLSC des ressources socio-sanitaires, le CRSSS élabore, après consultation de ces plans et des établissements, un plan intégré de réallocation des ressources socio-sanitaires par district de CLSC.

Le même mois, ils ont un nouveau rôle à jouer relativement à la cession ou au transport d'un permis d'exploitation d'un établissement privé (circulaire 1982-004). L'année se termine sur une invitation à développer des mécanismes de collaboration avec les DSC de leur territoire. Il est à souhaiter que les CRSSS n'aient pas attendu cette invitation pour ce faire puisqu'ils avaient, depuis juillet, un mandat devant les mettre en contacts fréquents avec les DSC (circulaire 1982-076).

Les années 1983 et 1984 verront encore une fois les conseils être appelés à s'impliquer dans des dossiers dont la diversité n'a d'égale que leur quantité. Ils sont invités, par exemple, à planifier et organiser les services de buanderie sur leur territoire, à coordonner la cueillette de

Tableau 13. Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1982 - 1987.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
C01	<i>Processus d'équilibre budgétaire 1982-83</i> Les plans d'équilibre budgétaire ne seront approuvés que suite à des discussions à l'occasion de rencontres entre le Ministère et chacun des conseils régionaux	1982-045	82-04-28
C02	Donner son avis au Ministère sur les schémas d'aménagement des municipalités régionales de comté	—	82-06-22
C03	Donner son avis sur chacune des candidatures retenues par le jury au Prix d'excellence en Affaires sociales (Persillier-Lachapelle)	1982-069	82-06-30
C04	<i>Transferts d'effectifs affectés à la réalisation des programmes socio-sanitaires de première ligne</i> Coordonner l'opération du transfert des ressources de première ligne	1982-076	82-07-21
C05	Elaborer un plan intégré de réallocation des ressources socio-sanitaires pour chacune des districts de sa région après consultation des établissements concernés		
C06	Transmettre ce plan au Ministère pour fins de réallocations budgétaires		
C07	S'assurer que les établissements récepteurs affecteront les budgets transférés aux fins des programmes auxquels ils sont destinés		
C08	<i>Cession ou transport d'un permis d'exploitation d'un établissement privé</i> Une autorisation écrite du CRSSS doit être obtenue s'il y a location d'immeuble	1982-084	82-07-19
C09	Une consultation du CRSSS doit être effectuée s'il y a aliénation d'immeuble		
C10	Développer des mécanismes de collaboration avec les DSC de sa région	1982-092	82-09-20
C11	Coordonner la cueillette des données relatives au répertoire des membres des conseils d'administration des établissements et du conseil régional	—	83-01

Tableau 13. (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1982 - 1987.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Politique concernant les services de buanderie et de literie-lingerie</i>	1983-004	83-01-26
C12	Responsabilité de la planification et de l'organisation des services de buanderie sur le territoire en analysant, recommandant, refusant les évaluations annuelles des services de buanderie effectuées par les établissements concernés		
C13	Le CRSSS doit préparer et remettre au Ministère un bilan sur les services de buanderie de sa région		
		1983-053	83-05-26
C14	Constituer un groupe de travail qui dressera un bilan des ressources diagnostiques de laboratoires disponibles dans la région		
C15	Proposer au Ministère pour approbation un mode d'organisation de ces ressources		
	<i>Remplacement d'un médecin: mécanisme de dépannage pour les régions 01, 02, 04, 07, 08, 09, 10</i>	1984-009	84-01-26
C16	Recevoir les demandes de remplacement de la part d'un établissement		
C17	Décider de la pertinence du remplacement et faire si nécessaire une demande auprès du Ministère		
	<i>Budget de renouvellement d'équipement pour les établissements, CH exceptés</i>	1984-012	84-03-18
C18	Distribuer aux établissements de sa région, selon ses propres critères, l'enveloppe régionale de renouvellement d'équipement		
C19	Maintenir un fonds spécifique pour mobilier et équipement		
	<i>Location d'immeubles (annulation de 1981-005 (B110-114))</i>	1984-025	84-03-23
C20	Un établissement qui désire louer un immeuble doit soumettre son projet au conseil régional		

Tableau 13. (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1982 - 1987.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Décret concernant le règlement sur la gestion financière des établissements et des CRSSS</i>	A. C. 1127 - 84	84 - 05 - 16
C21	Les CH sont tenus de verser au conseil régional de leur région 33 1/3% des revenus de suppléments de chambres privées et semi-privées pour le financement des achats d'équipement et pour des projets de construction inférieurs à 1 000 000\$ (modifié NP-4 - 1976 (A06))		
C22	Autoriser un établissement à conclure un contrat qui implique des frais lors de l'acquisition ou la location de ressources humaines ou matérielles en matière d'informatique ou de bureau		
C23	Autoriser un établissement à conclure un contrat qui implique des frais lors de l'acquisition ou la location d'équipement ou de services de buanderie ou de cafétaria		
C24	Autoriser un établissement à conclure un contrat qui implique des frais lors de l'acquisition ou la location d'équipement médical relié à différents secteurs énumérés au décret (...) sous réserve de l'autorisation du Ministre pour la création de nouveaux services		
C25	Autoriser, sans avoir à en référer au Ministre, les projets de construction, de transformation ou de démolition dont le coût estimatif est de 1 000 000\$ dans le cas d'un CH (confirme NP - 4 - 1976 (A06))		
C26	Autoriser, sans avoir à en référer au Ministre, les projets de construction, de transformation ou de démolition dont le coût estimatif est de 250 000\$ dans le cas d'un établissement d'une autre catégorie (confirme NP - 8 - 1977 (A27))		
	<i>Mise en opération du partage des responsabilités entre CSS et CLSC</i>	1984 - 050	84 - 06 - 11
C27	Mettre en oeuvre l'opération de transfert des ressources des CSS vers les CLSC à partir du cadre de partage élaboré par le Ministère		
C28	Déterminer avec le Ministère le contenu précis des plans de réallocation des ressources et des activités pour chacun des districts de CLSC		
C29	Prévoir la création de modules de services dans les territoires qui ne sont pas desservis par un CLSC		

Tableau 13. (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1982 - 1987.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
C30	<p><i>Systèmes d'information sur les clientèles: orientations, cueillette des données</i></p> <p>Le Ministère et les conseils régionaux confient à un comité conjoint le mandat de coordonner l'implantation d'un système de cueillette de données pour alimenter les systèmes d'information relatifs aux clients des établissements</p>	1984 - 053	84 - 08 - 16
C31	<p><i>Evaluation des bénéficiaires: outils et système de classification par types en milieu de soins et services prolongés (CTMSP)</i></p> <p>Obligation pour les conseils régionaux et les établissements d'utiliser le formulaire de système d'admission du Ministère</p>	1984 - 069	84 - 10 - 24
C32	<p><i>Abolition de la facturation des services de laboratoire par les CLSC auprès des CH</i></p> <p>Les CRSSS sont responsables de la distribution entre les CLSC d'une enveloppe régionale pour l'achat de services de laboratoire</p>	1985 - 005	85 - 02 - 27
C33	<p>Les CRSSS des régions 01, 02, 04, 07, 08, 09 et 10 sont responsables d'une enveloppe régionale pour les primes d'installation et bourses de formation spécialisée des médecins</p>	A.C.2153 - 85	85 - 10 - 16
C34	<p><i>Le désengorgement des services d'urgence pour les régions de Montréal métropolitain et Québec</i> <i>Le désengorgement des services d'urgence pour les régions de Trois-Rivières, de la Montérégie et de Lanaudière et des Laurentides</i></p> <p>Assurer un suivi régulier de l'évolution de la situation des urgences dans chacun des centres hospitaliers</p>	-	86 - 03 - 26
C35	<p>Intervenir promptement auprès de tous les intervenants du réseau socio-sanitaire pour régulariser la situation des services d'urgence</p>		
C36	<p>S'assurer auprès des établissements que les crédits octroyés serviront exclusivement au désengorgement des salles d'urgence</p>		
C37	<p>Présenter au Ministère un bilan global de l'opération au moins à tous les trois mois et soumettre tout rapports traitant des sujets particuliers afférents aux problèmes de l'engorgement des urgences</p>		

Tableau 13. (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1982 - 1987.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Règlement modifiant le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements</i>	A. C. 545 - 86	86 - 04 - 23
C38	Approuver les critères de détermination et de sortie définitive des bénéficiaires des CH et CAH		
C39	Approuver les critères de détermination des politiques de transferts des bénéficiaires des CH et CAH		
	<i>Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1986 c. 57</i>		86 - 06 - 19
C40	art. 70.0.1. Le plan d'organisation d'un CLSC ou d'un CA doit de plus prévoir, le cas échéant, le nombre de médecins et dentistes qui peuvent exercer leur profession dans l'établissement en fonction de son permis et des ressources financières dont il dispose Le CSSS concerné approuve cette partie du plan d'organisation avec ou sans modification (...) Sur demande du Ministre, un CSSS doit surseoir à son approbation jusqu'à ce que le Ministre l'autorise		
C41	art. 70.0.2. Le CSSS doit élaborer, conformément au règlement, un plan régional des effectifs médicaux et dentaires des établissements de la région à partir notamment de chacun des plans d'organisation qu'il a approuvés en vertu des articles 70 et 70.0.1 Ce plan, accompagné des plans d'organisation qui ont servi à son élaboration, doit être soumis au Ministre qui l'approuve avec ou sans modification		
	<i>Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1986 c. 106 art. 5</i>		1986
C42	art. 72 Nul ne peut, sans avoir consulté le conseil régional concerné et obtenu l'autorisation du Conseil du trésor: acquérir, construire, transformer ou démolir un immeuble (...) aliéner un immeuble (...) <u>cesser d'exploiter un établissement</u> Toutefois l'autorisation du Conseil du trésor n'est pas nécessaire quant aux projets (...) dont le coût (...) est inférieur au montant fixé par règlement. L'autorisation écrite du CSSS concerné suffit dans ce cas art. 73.1 Le Conseil du trésor peut, par écrit, aux conditions et dans la mesure qu'il détermine, déléguer au Ministre les pouvoirs qui lui sont accordés aux articles 72 et 73		

Tableau 13. (suite) Principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux par l'intermédiaire de circulaires, normes de gestion, directives, amendements à la loi, arrêtés en conseil, 1982 - 1987.

CODE	MANDATS	DOCUMENTS	DATE
	<i>Concernant l'exercice par les CSSS (...) de certaines fonctions reliées à l'administration et au financement de dépenses d'immobilisations et d'équipements des établissements (annule A.C. 636-81 (B-121-124))</i>	A.C. 1103-87	87-07-08
C43	Conformément aux limites financières fixées par règlement, le cas échéant, les CSSS reçoivent, analysent, acceptent ou refusent tout projet relatif au maintien des actifs		
C44	(...) soumettent, avec leurs recommandations au Ministère tout projet de développement des actifs en conformité avec les plans régionaux établis		
C45	Le Ministère autorise les CSSS à contracter des emprunts temporaires pour pourvoir au paiement des dépenses encourues dans le cadre du programme de financement		
C46	Chaque CSSS a la responsabilité de voir à ce que les autorisations d'emprunts servent aux fins pour lesquelles elles sont accordées		
C47	(...) assurent le contrôle budgétaire des décisions prises relativement au financement des dépenses visées par le présent programme et doivent respecter le budget qui leur est alloué à cette fin		
C48	(...) collaborent à la cueillette d'information et fournissent les rapports périodiques exigées par le Ministère, compte tenu du rôle du Ministère concernant l'évaluation et le contrôle a posteriori		

données sur les membres de conseils d'administration des établissements, à dresser un bilan des ressources diagnostiques de laboratoires, à décider de la pertinence du remplacement d'un médecin, etc.

A remarquer également en 1984 la mise à contribution des CRSSS lors de la mise en opération du partage des responsabilités (et des ressources humaines et financières) entre CSS et CLSC, opération faisant suite à la circulaire 1982-076 (C04).

Enfin il faut relever le cas de la mise en place du système de classification par types en milieu de soins et services prolongés (CTMSP) par le Ministère. Alors que les CRSSS se sont vus confier dès 1977 (INF-139-1977) le mandat de mettre sur pied des mécanismes régionaux pour l'admission des bénéficiaires, le Ministère impose un formulaire uniforme pour les admissions.

L'année 1985 est relativement calme. Les conseils se voient octroyer le mandat de la distribution auprès des CLSC d'une enveloppe régionale pour l'achat de services de laboratoire, services que les CLSC n'avaient pas à défrayer auparavant auprès des CH. Les CRSSS des régions non-universitaires se voient confier par décret (A.C.2153-85) la gestion d'une enveloppe régionale pour les primes d'installation des médecins qui vont élire domicile dans les limites de leur territoire. Le ralentissement du rythme des mandats confiés aux conseils régionaux devient encore plus évident avec l'annonce en juin de la mise sur pied d'une Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux et celle des élections provinciales.

Le nouveau gouvernement libéral ne tardera pas cependant à confier de nouvelles responsabilités à certains conseils. En effet, dès mars 1986, et pour faire suite à un engagement électoral, les plans d'ensemble de mesures de désengorgement des urgences pour les régions de Montréal métropolitain et Québec sont annoncés. Ceux des régions de Trois-Rivières, Laurentides et de Lanaudière et de la Montérégie seront sanctionnés en juin. Les CRSSS de ces régions auront, entre autres, à s'assurer que les crédits octroyés aux établissements serviront uniquement au désengorgement des salles d'urgence; ils auront également à présenter un bilan global de l'opération à tous les trois mois au moins au Ministère.

En avril 1986, le Règlement modifiant le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements est adopté (A.C.545-86). Les CRSSS doivent dorénavant approuver les critères de détermination, de sortie et les politiques de transferts de bénéficiaires des CH et CAH.

La même année, deux amendements à la Loi sur les services de santé et les services sociaux confient aux CRSSS de nouveaux mandats. Ils auront à approuver la partie du plan d'organisation des CLSC et des centres d'accueil concernant le nombre de médecins et dentistes et devront ajuster le plan des effectifs médicaux et dentaires de leur région en conséquence. De plus, l'autorisation écrite du CRSSS devient nécessaire pour acquérir, construire, transformer, démolir ou cesser l'exploitation d'un établissement lorsque de tels projets ont un coût inférieur au montant fixé par règlement.

Enfin en juillet 1987, le Ministère abrogeait le décret 636-81 (B121, cf tableau 10) concernant l'exercice par les conseils de certaines fonctions reliées à l'administration et au financement de dépenses d'immobilisations et d'équipements des établissements. Le nouveau décret (1103-87) sanctionné en remplacement modifie les règles du jeu en ce qui concerne le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements des établissements.

6.2.2 Analyse des mandats de la période 1982-1987

6.2.2.1 Le niveau de substrats des différents mandats confiés aux conseils régionaux

Les différents mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux durant cette période ont été classés selon leur importance relative en termes de substrats (tableau 14). Pour l'ensemble de cette période, nous retrouvons des mandats à tous les niveaux, principalement au second et troisième.

Nous retrouvons au premier niveau des activités comme: donner son avis, développer des mécanismes de collaboration avec les établissements, cueillir ou voir à la cueillette de données, effectuer des bilans, etc. Bien que relativement peu nombreuses, il ne faut pas oublier cependant que celles-ci s'ajoutent à celles déjà effectuées par les CRSSS. Cela est également vrai pour les autres niveaux de substrats.

Au second niveau, il faut souligner le cas de l'amendement à l'article 72 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (C42) qui oblige quiconque à obtenir l'autorisation du Conseil du trésor avant d'acquérir, construire transformer, démolir ou cesser d'exploiter un établissement. La formulation générale des autres mandats relatifs à ce niveau est similaire à celle de la période 1978-1981.

Plusieurs mandats concernent le niveau des contrôles sur les ressources monétaires. Les CRSSS se voient encore confier des mandats visant à s'assurer que les établissements affecteront les budgets qui leur sont consentis comme il se

Tableau 14. Importance relative des principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux, 1982 – 1987.

SUBSTRATS	ANNEE					
	1982	1983	1984	1985	1986	1987
1	C02, C03, C10	C11, C13, C14	C30, C31			C48
2	C04, C08, C09	C12, C15	C16, C17, C20 C27, C29		C34, C35, C37 C42	
3	C01, C06, C07		C18, C19, C21 C22, C23, C24 C25, C26	C32, C33	C36	C43, C44, C45 C46, C47
4					C42	
5	C05		C28		C38, C39, C40 C41	

doit, c'est à dire selon le plan approuvé par le Ministère. Cette pratique du Ministère de confier de tels mandats aux CRSSS n'a commencé qu'à partir de 1979 (cf B37) mais depuis, plusieurs mandats y font référence. Ils ont également à autoriser des contrats (informatique, bureautique, buanderie, cafétaria, certains types d'équipements médicaux) qui ne relevaient pas d'eux antérieurement. Ils doivent également procéder à la distribution d'enveloppes dans les secteurs du renouvellement d'équipement (CH exceptés), de l'achat de services de laboratoire et enfin de primes d'installation et de bourses aux médecins venant s'installer dans le territoire de certains CRSSS.

Un seul mandat relatif au quatrième niveau de la grille (C42) a été relevé. Le rôle explicite du Conseil du trésor relativement à ce mandat a déjà été abordé. Nous y reviendrons lors de l'analyse structurale.

Enfin les mandats relatifs au niveau du contrôle sur l'information structurante concernent essentiellement trois secteurs. Premièrement les plans de réallocation des ressources socio-sanitaires dans le cadre du partage des responsabilités entre CSS et CLSC. En second lieu l'approbation de critères de détermination et de sortie définitive des bénéficiaires de même que les politiques de transferts. A noter que ce mandat avait déjà été confié au CRSSS de Montréal métropolitain dès 1981 (cf B115). Enfin les CRSSS sont appelés à approuver la partie du plan d'organisation des CLSC et centres d'accueil relative aux effectifs médicaux et dentaires, après avoir obtenu pareil mandat pour les CH dès 1978 (cf B05).

6.2.2.2 L'analyse structurale

Avant d'aborder l'analyse structurale de cette période, il faut ouvrir une brève parenthèse sur l'importance des pouvoirs que le ministre et le Conseil du trésor se sont ménagés à partir de 1981 à l'intérieur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit ici de démontrer la justesse des relations de contrôle complémentaires qui seront décrites dans les prochains multigraphes.

En outre des pouvoirs de réglementation qui sont conférés au gouvernement par cette loi, ce dernier peut faire des règlements concernant une foule de domaines. L'article 173 indique seulement ces domaines: il couvre six pages bien remplies de la loi! Par exemple, au paragraphe m, il indique:

"établir des normes relatives à la comptabilité, aux finances et aux budgets des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés (...)"

Le Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux découlant en partie de ce paragraphe a été adopté en mai 1984 et amendé à cinq reprises depuis lors. Il est lui-même inclus dans le Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ce dernier est entré en vigueur le 1er août 1982 et modifié pas moins de 22 fois, jusqu'en 1985...

Pour faire image et montrer jusqu'où peut aller la réglementation, et partant, ce qui justifie certaines des relations complémentaires de l'analyse structurale de cette période, une partie du paragraphe i de l'article 173 est reproduit ici:

"(le gouvernement peut faire des règlements pour) déterminer (...) les directions, services, et départements que le plan d'organisation d'un établissement doit prévoir, les fonctions que le chef de ces directions, services et départements doit remplir et, le cas échéant, les qualifications de ceux-ci ainsi que la forme du plan d'organisation, les éléments qu'il doit contenir et les méthodes ou règles suivant lesquelles il doit être élaboré;

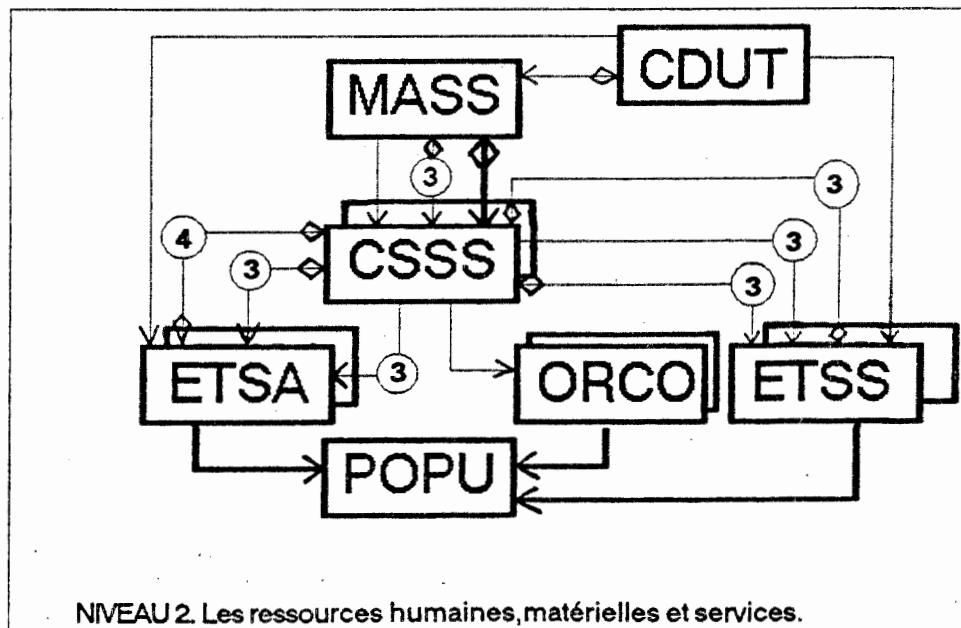
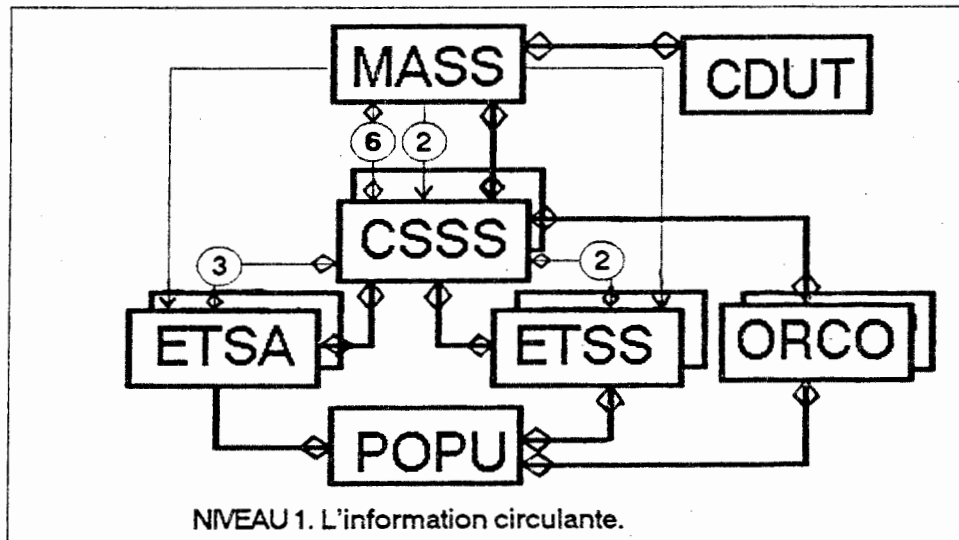
i.0.1) déterminer dans le cas d'un conseil régional, la forme du plan régional des effectifs médicaux et dentaires, les éléments qu'il doit contenir et les méthodes ou règles suivant lesquelles il doit être élaboré;

i.0.2) déterminer, pour les fins de l'élaboration d'un plan régional des effectifs médicaux et dentaires ou d'un plan d'organisation d'un établissement, les méthodes ou règles relatives au calcul des effectifs médicaux et dentaires (...);"

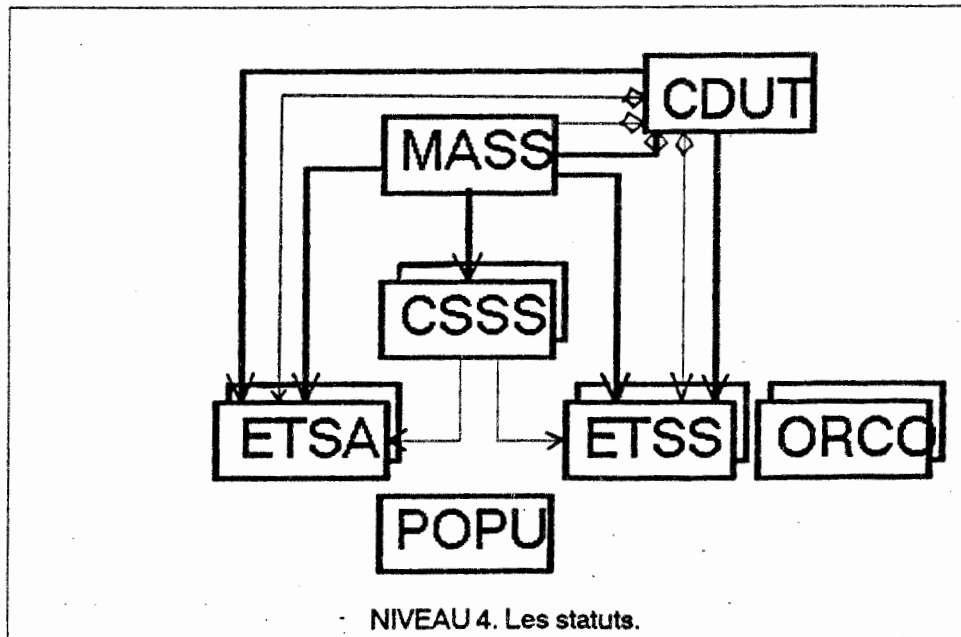
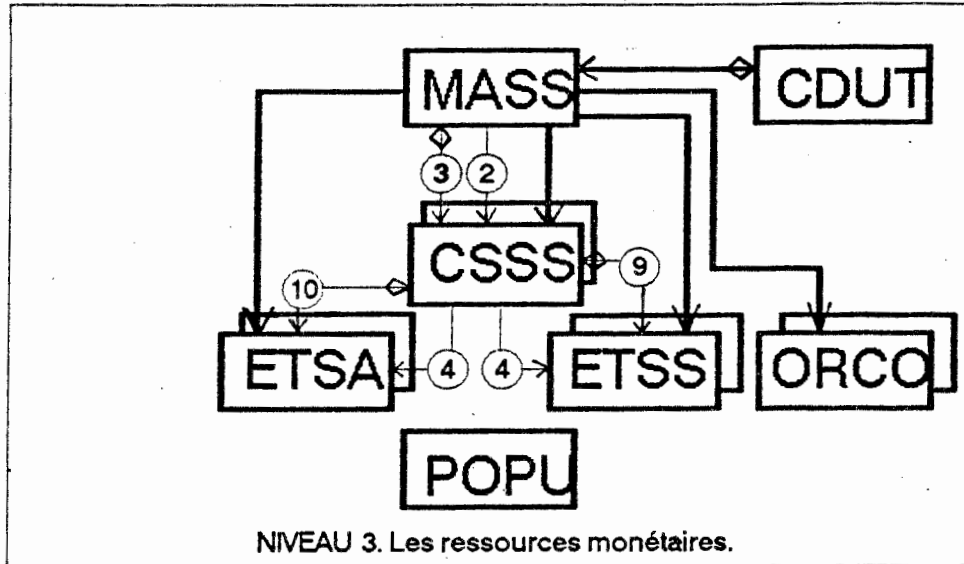
La marge de manoeuvre laissée par les documents officiels apparaît donc pour le moins mince, pour ne pas dire inexistante si le gouvernement décide d'y aller par le menu détail lors de l'élaboration de tous ces règlements. Cependant, il faut se rappeler que c'est toujours là le monde des "performances désirées", ou ordres conçus, ce qui ne correspond pas nécessairement aux "performances observées", ou à ce que d'autres nomment le "concret réel"... Pour l'instant refermons cette parenthèse réglementaire et débutons l'analyse structurale proprement dite (multigraphes/ série 6).

Au niveau du contrôle sur l'information circulante, les relations spécifiques forment un sous-graphe MASS-CSSS-ETSS-ETSA qui, comme pour les autres périodes, est fortement connexe. La présence des relations entre le

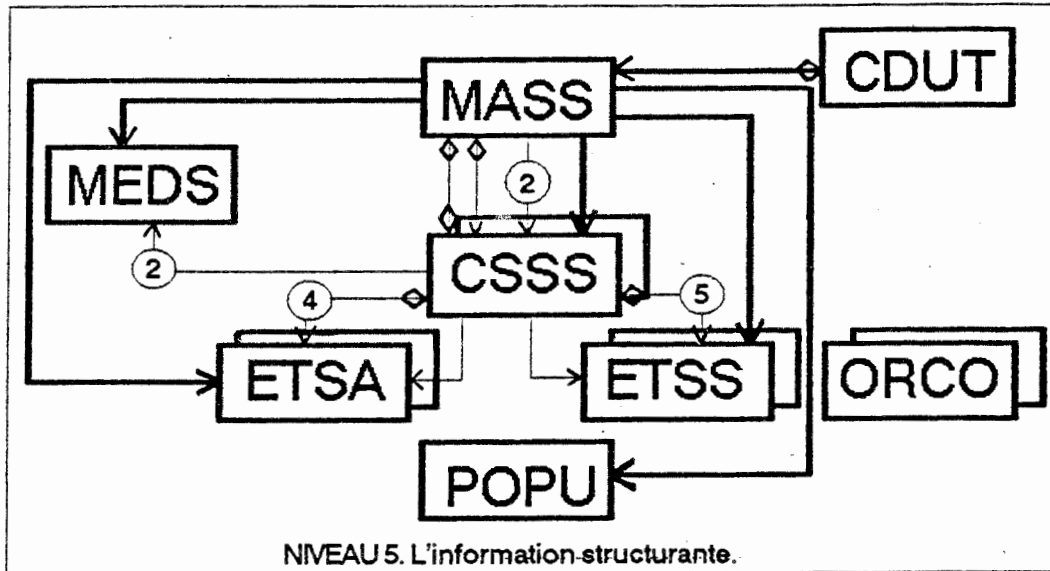
MULTIGRAPHERS/ SERIE 6. La période 1982 – 1987.



MULTIGRAPHES/ SERIE 6. La période 1982 – 1987.



MULTIGRAPHES/ SERIE 6. La période 1982 – 1987.



Ministère et les établissements est le fait de l'obligation pour ces derniers d'utiliser un formulaire du Ministère (CTMSP, cf C31). Pour l'ensemble des relations, le multigraphe demeure fortement connexe, suggérant une structure coarchique du système à ce niveau. Le Conseil du trésor occupe une position de mitoyen dans ce système, le Ministère quant à lui occupe encore une position de centre et d'articulateur. A l'échelon régional, le CSSS occupe une position de centre qu'il partage alors avec les établissements et les organismes communautaires. La population, le Ministère et le Conseil du trésor occupe alors une position de mitoyen.

Au niveau suivant, soit celui des contrôles sur les ressources matérielles, humaines et les services, les relations spécifiques aux mandats relevés délimitent un graphe partiel formé de tous les postes à l'exception de la population. Il est quasi-fortement connexe compte tenu de l'impossibilité pour les organismes communautaires de rejoindre les autres postes. En excluant ce poste du graphe partiel, celui-ci devient fortement connexe à condition toutefois que les relations mixtes soient positives. Dans le cas contraire, le Conseil du trésor occupe une position de centre, le Ministère et les CRSSS celles d'articulateurs. En incluant les relations complémentaires, le multigraphe est quasi-fortement connexe. Les CRSSS sont encore en position d'articulateur mais peuvent simultanément occuper une position de centre lorsque les relations mixtes les reliant au Ministère et celles reliant ce dernier au Conseil du trésor s'avèrent positives. Le Ministère, de manière générale, est un autre articulateur de ce système de forme hiérarchique: il fait le lien entre d'une part le reste du système socio-sanitaire et d'autre part le Conseil du trésor. Ce dernier n'occupe une position de centre du système que lorsqu'il refuse les tentatives du Ministère d'influencer ses décisions. Dans le cas contraire il occupe une position de mitoyen.

Au troisième niveau, l'importance relative du Conseil du trésor semble vouloir s'affirmer. Cela n'apparaît pas cependant lorsque nous limitons notre étude aux relations spécifiques. Dans l'hypothèse où, en pratique, les relations spécifiques mixtes s'avèreraient toutes négatives, le Ministère serait alors le centre d'un (sous-)système de forme hiérarchique où le CRSSS occuperait une position d'articulateur. Cependant, comme ce fut le cas pour la période 1978-1981, le sens de la plupart des connexions (respectivement dix et neuf pour ETSA et ETSS) permet, du moins sur papier, aux établissements une possibilité de contrôle sur le conseil régional de leur région. D'autres relations spécifiques, moins nombreuses (huit en tout), ne leur donnent pas cette possibilité. Dans le cas où tous les

contrôles mixtes seraient cette fois positifs, le sous-graphe MASS-CSSS-ETSA-ETSS est fortement connexe, la structure étant alors coarchique.

En prenant en compte l'ensemble des relations, la forme de la structure est différente. Le Ministère perd sa position de centre au profit du Conseil du trésor si ce dernier refuse le contrôle (mixte) en provenance du Ministère. Ce dernier se contente d'être un articulateur lorsque le Conseil du trésor procède unilatéralement. Le CRSSS occupe alors une position de mitoyen, à l'intérieur d'une structure de forme hiérarchique. La prise en compte des seules relations complémentaires fait voir également une structure hiérarchique où le Conseil du trésor agit comme centre s'il refuse les contrôles mixtes du Ministère. Plus particulièrement dans le cas des relations spécifiques, dans tous les cas les CRSSS occupent au mieux une position d'articulateur (à l'échelon régional).

Les contrôles au niveau des statuts forment un sous-graphe (population et organismes communautaires exclus) surprenant aux premiers abords. Les relations spécifiques, qui correspondent à l'amendement de 1986 à l'article 72 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (cf C42), font voir un graphe partiel simplement connexe: une structure de forme anarchique, compte tenu de l'absence de relations entre le Ministère et les CRSSS. Toutefois en tenant compte des deux types de connexions, nous revenons à une forme de structure plus familière à ce niveau: la hiérarchie. Cette fois cependant, le Conseil du trésor occupe seule une position de centre, s'il refuse le contrôle mixte du Ministère. Le CRSSS est encore une fois relégué à la position de mitoyen. Une structure de forme hiérarchique prévaut également si seulement les relations complémentaires sont retenues, hiérarchie dont le centre est le Ministère, compte tenu que le Conseil du trésor ne peut rejoindre directement les CRSSS. Ces derniers, tout comme les établissements, sont confinés à une position de marginal lorsque les seules relations complémentaires sont prises en compte.

Enfin au cinquième niveau, en ce qui concerne les relations spécifiques, le graphe partiel MASS-MEDS-CSSS-ETSA-ETSS est quasi-fortement connexe, le CRSSS jouant le rôle d'articulateur d'un "réseau" socio-sanitaire de forme hiérarchique. La prise en compte de l'ensemble des relations renvoie à un système (ORCO exclus) de forme hiérarchique où le Ministère occupe une position de centre, à condition toutefois que le Conseil du trésor acquiesce à ses demandes. Ce système a également une forme hiérarchique lorsque seules les relations complémentaires sont observées.

De manière générale, pour l'ensemble des niveaux de contrôle, un poste jusque-là demeuré dans l'ombre vient faire sa marque de manière importante. Le moment de l'apparition du Conseil du trésor comme acteur majeur correspond à celui de l'importante récession économique du début des années 80. Cependant, alors que celle-ci s'est résorbée pour faire place à une période de croissance, celui-là est demeuré dans le paysage socio-sanitaire et ne semble pas prêt de le quitter.

Il faut maintenant se pencher sur les solutions qu'une commission d'enquête, la seconde en moins de 20 ans, a proposées en vue d'assurer le maintien et le développement des services de santé et des services sociaux au Québec.

CHAPITRE 7

1988

**LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT
DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR
LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX
RELATIVEMENT A L'ECHELON REGIONAL**

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux fut créée le 18 juin 1985 avec le mandat d'étudier le fonctionnement et le financement du système de services de santé et de services sociaux du Québec. Durant son mandat la Commission a entrepris un vaste programme de consultation (nationale, régionale, etc) auprès de 6 000 personnes et 400 experts et développé un important programme de recherche. Elle a remis son rapport à la ministre de la Santé et des Services sociaux le 18 décembre 1987.

Les recommandations de la Commission concernant l'échelon régional seront exposées et analysées. Toutefois, et afin de justifier ultérieurement les relations complémentaires posées lors de l'analyse structurale, l'ensemble des principaux réaménagements que propose la Commission seront également abordés. Cette information apparaît à la partie IV (Pour une nouvelle dynamique des pouvoirs) de ce rapport.

7.1 Ce que propose la Commission

Cette partie aborde tout d'abord la question de la nouvelle dynamique décisionnelle que la Commission propose d'instaurer en lieu et place de celle qui existe actuellement et que le constat des 492 pages précédentes dépeint dans ses moindres détails. Il faut rappeler les orientations générales que propose la Commission:

- "1. orienter le système vers des résultats à atteindre;
2. accroître la participation dans les processus de prise de décisions;
3. favoriser le développement de stratégies et d'actions intersectorielles;
4. construire sur les réalités régionales;
5. favoriser le développement d'un secteur essentiellement public;
6. fonder une partie substantielle des interventions sur des approches de population (Commission 1988: 474)."

Afin de concrétiser ces orientations, la Commission propose trois mesures:

- "1. le recentrage du rôle du Ministère autour de missions de planification et d'évaluation des services, de coordination inter-régionale, de coordination des services de portée provinciale et de protection de la santé publique;
2. la mise en place d'un Conseil de la santé et du bien-être;
3. le remplacement des CRSSS par des régies régionales (Commission 1988: 496)."

Voyons donc plus en détail le contenu de chacune de ces mesures. En ce qui concerne le Ministère, la Commission lui confie les rôles suivants:

- Planification et évaluation de l'ensemble du système;
- Coordination inter-régionale;
- Coordination des programmes de portée provinciale;
- Protection de la santé publique.

Plus précisément, dans le cadre de la planification et de l'évaluation des résultats, le Ministère devrait voir à obtenir et à répartir les budgets pour le secteur des services de santé et des services sociaux. Pour les commissaires, l'Assemblée nationale voterait à la fois l'enveloppe provinciale et chacune des enveloppes régionales.

Le Ministère aurait la responsabilité, dans le cadre de son rôle de coordination interrégionale, coordination rendue nécessaire afin de maintenir l'équité dans l'accès aux services, d'élaborer la formule de répartition des budgets par région et d'assumer également un contrôle des programmes et des services de portée provinciale (Commission 1988: 503).

Pour les commissaires, certains services requièrent une planification, un développement et une coordination sur une base provinciale, compte tenu de leur nature ou de leur caractère multisectoriel. Conséquemment, les politiques, programmes, budgets et évaluations qui concernent les services de santé tertiaires (centres hospitaliers universitaires (CHU) et instituts spécialisés) de même que les services sociaux concernant la protection des personnes et de leur entourage (une partie du mandat des centres de services sociaux, centres d'accueil de réadaptation et certains organismes communautaires) relèveront donc directement de la responsabilité du Ministère (Commission 1988: 503).

Les commissaires suggèrent également la création d'un Centre de santé publique devant, entre autres, concevoir des programmes de santé publique. Ce centre serait autonome. Le rôle de surveillance et de contrôle du Ministère en matière de santé publique serait exercé par les chefs de DSC qui agiront comme officiers responsables de la santé publique: ils sont imputables devant le Ministère (Commission 1988: 505).

Dans ce scénario les départements de santé communautaire (DSC) auraient pour mandats: d'acquérir des connaissances sur l'état de santé et de bien-être de la population; d'élaborer des programmes; de faciliter la mobilisation des

communautés en faveur de la promotion et de la prévention; de participer à la planification et la mise en oeuvre des programmes des services préventifs.

La Commission propose également la création d'un Conseil de la santé et du bien-être directement imputable devant le gouvernement et composé de leaders d'opinion de la société québécoise nommés pour un mandat de cinq ans par le gouvernement. Ce conseil serait chargé d'évaluer de façon continue l'apport des divers ministères et acteurs socio-économiques à la réalisation des objectifs de long terme en matière de santé et de bien-être (Commission 1988: 508).

Au niveau des régions, la Commission suggère de remplacer les conseils par des régies. Cette régie serait un organisme décentralisé politiquement avec à sa tête un conseil d'administration de 15 membres, élus au suffrage universel pour un mandat de trois ans. Ils ne devraient pas être associés au réseau à titre de membres de conseils d'administration, de professionnels ou d'employés. Les commissaires souhaitent qu'ils soient élus sur la base de leur participation active dans des organismes socio-économiques et de leur connaissance de l'administration. De façon transitoire, les membres du conseil pourraient être élus par un collège électoral d'environ 100 à 150 personnes. Le collège électoral serait constitué par des représentants des établissements et d'organismes communautaires, etc.

Chaque régie serait dotée également d'un Comité régional des priorités ayant une fonction conseil et composé de personnes provenant des groupes socio-économiques et des établissements, et formé par le conseil d'administration de la régie.

La Commission ne propose pas d'imposer la décentralisation régionale: "celle-ci doit être convenue avec les régions qui auront envie de tenter l'expérience (...) La région sera toujours libre de refuser cette responsabilité et de lui préférer une gestion centralisée (Commission 1988: 674)." Nous verrons en détails à la section suivante les mandats pouvant être confiés aux régies qui décideraient de "faire le saut", de prendre le "beau risque".

En ce qui concerne les établissements, notons tout d'abord que les conseils d'administration sont jugés essentiels (Commission 1988: 529). Leur composition est modifiée cependant de façon à ce que la population y soit mieux représentée qu'actuellement (sauf dans le cas des CLSC). Comme souligné précédemment, le rapport retient également l'idée d'une approche par programme dotée d'objectifs de résultats. La mise en oeuvre de tels programmes nécessite la

collaboration de plusieurs catégories d'établissements, y compris celle des organismes communautaires ou bénévoles (Commission 1988: 518).

Les commissaires soulignent aussi l'importance des incitations à la complémentarité et au décloisonnement institutionnel et professionnel de même que la nécessité d'intégrer davantage les professionnels, en particulier les médecins, à la gestion des centres hospitaliers (Commission 1988: 519).

Les CHU et les instituts de recherche relèveraient donc directement du Ministère, du moins dans leur composante "services tertiaires". A l'opposé, les CLSC, les centres hospitaliers généraux de même que les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins prolongés seront sous la responsabilité exclusive des régies. Quant aux centres de services sociaux, aux centres d'accueil de réadaptation et aux DSC, ils auront à composer à la fois avec le Ministère en ce qui concerne les programmes de portée provinciale et avec la régie en ce qui a trait aux programmes de portée régionale.

La Commission suggère donc qu'il y ait à la fois une centralisation (pour les services de santé tertiaires, les programmes de portée provinciale, comme par exemple la violence et l'hygiène public) et une décentralisation politique pour les programmes de portée régionale. En donnant aux régions de nouveaux pouvoirs, elle pose simultanément que l'exercice du pouvoir, à l'intérieur du système, se fasse avec plus de transparence et de manière plus démocratique (Commission 1988: 501).

7.2 L'analyse du projet de la Commission

7.2.1 L'analyse selon le niveau des substrats

Au niveau des contrôles sur l'information circulante (tableau 15), il reviendrait aux régies d'assurer la participation de la communauté aux décisions relatives à la planification, à l'évaluation des programmes régionaux (santé de niveaux primaire et secondaire, sociaux reliés à l'intégration sociale) et à l'allocation des ressources. Il leur faudrait également favoriser la concertation des professionnels, des établissements et des organismes communautaires autour de ces programmes.

Les RSSS auraient un rôle essentiel dans la planification, la coordination et le contrôle des différents systèmes d'information nécessaires pour suivre ces programmes, tant en termes de ressources que de résultats. En effet, selon les commissaires, il faut pouvoir mettre en place des systèmes d'information permettant la reconstitution ou le suivi de la période au cours de laquelle une personne reçoit

TABLEAU 15. Les mandats dévolus aux régies régionales de la santé et des services sociaux (RSSS) dans le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988.

CODE	MANDATS	NIVEAU
88 - 01 88 - 02 88 - 03 88 - 04 88 - 05	Assurer la participation de la communauté aux décisions relatives à la planification, à l'évaluation des programmes et à l'allocation des ressources Favoriser la concertation des professionnels, des établissements, et des organismes communautaires autour des programmes régionaux de santé et de services sociaux Assumer la planification, la coordination et le contrôle des systèmes d'information destinés à la planification et à l'évaluation des programmes et des services intra-régionaux Collaborer avec le Ministère à la conduite des études épidémiologiques, économiques et sociologiques sur son territoire Evaluer les profils de consommation des services sociaux et sanitaires du point de vue de leur efficacité et de leur efficience	1
88 - 06 88 - 07 88 - 08 88 - 09 88 - 10 88 - 11 88 - 12 88 - 13 88 - 14 88 - 15 88 - 16	S'assurer de la mise en place et coordonner les programmes sociaux reliés aux problèmes d'intégration sociale S'assurer de la mise en place et coordonner les programmes de santé de niveau primaire et secondaire S'assurer de la mise en place et coordonner les fonctions d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi des bénéficiaires Concevoir et mener les actions intersectorielles requises avec les instances régionales des autres ministères, les municipalités et les autres organismes socio-économiques Etablir (...) avec d'autres régions les ententes pertinentes pour la distribution de services sociaux ou de services de santé non disponibles dans la région Procéder à la nomination de certains membres des conseils d'administration d'établissements Coordonner les services utilisés en commun par les établissements de la région Choisir les organisations chargées de la gestion immédiate de ces services et négocier avec elles les ententes appropriées Négocier, en collaboration avec les établissements de sa région, les clauses de conventions collectives qui ont une incidence sur l'efficacité et l'efficience des programmes régionaux, entre autres les clauses relatives à la mobilité intra-régionale, à la formation, et au recyclage.. Elaborer les programmes d'appréciation de la qualité des services (...) Procéder à l'évaluation continue des programmes	2

TABLEAU 15. (suite) Les mandats dévolus aux régies régionales de la santé et des services sociaux (RSSS) dans le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988.

CODE	MANDATS	NIVEAU
88 - 17 88 - 18 88 - 19 88 - 20 88 - 21 88 - 22	Procéder à l'allocation des budgets d'exploitation et d'immobilisation des établissements, conformément aux modalités d'allocation intra-régionale des ressources Formuler au Ministère des recommandations sur les ressources financières à accorder aux programmes de portée provinciale en regard des besoins de la population de sa région Préparer son budget et le soumettre au Ministère, conformément aux procédures budgétaires établies dans la formule de financement des régies régionales Distribuer les subventions aux organismes communautaires dans le cas des programmes sous sa juridiction Distribuer l'enveloppe régionale couvrant les programmes dont elle a la responsabilité Financer les services de santé de niveau primaire des CHU dans le cadre de ses programmes	3
88- 23	Adopter vis à vis les établissements-les-mesures-incitatives-ou-coercitives tutelle incluse visant à assurer le respect des budgets	4
88 - 24 88 - 25	Décider des objectifs de sa région Elaborer, pour sa région, des programmes inter-établissements et inter-sectoriels de services sociaux et de services de santé de première et de deuxième ligne conformes aux politiques provinciales	5

un ou plusieurs services visant à améliorer sa condition sociale ou sanitaire (Commission 1988: 516). Enfin la collaboration avec le Ministère pour mener à bien différentes études sur le territoire est explicitement mentionnée.

Ainsi selon le rapport, la diffusion élargie de l'information à tous les niveaux et la création de réseaux de communication entre les personnes, les professionnels, les organismes qui dispensent des services et les instances régionales et centrales devraient amener progressivement une plus grande visibilité des choix et de leurs conséquences pour la population (Commission 1988: 608).

Au niveau du contrôle sur les ressources humaines, matérielles et sur les services, il faut souligner la possibilité pour une régie d'établir des ententes de services avec d'autres régions afin de s'assurer que sa population ait accès aux programmes (de niveau régional) non-disponibles sur le territoire qu'elle couvre.

Indiquons également le mandat de négociateur, en collaboration avec les établissements de sa région, certaines clauses de conventions collectives (cf 88-14), l'approche par programme, l'idée de la gestion participative, de l'évaluation continue des programmes (incluant leur qualité) et certains mandats que les CRSSS avaient déjà (par exemple ceux relatifs à l'évaluation, à l'orientation et au suivi des bénéficiaires). En insistant sur la qualité des fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation, la Commission propose en quelque sorte une revalorisation de la personne (Commission 1988: 514).

Les contrôles sur le troisième niveau de substrats font référence à des mandats qui ne sont pas sans analogie avec certains de ceux déjà confiés (sur papier du moins) aux conseils régionaux de l'Estrie et du Saguenay/Lac St-Jean depuis 1980. Par exemple, la présentation au Ministre des demandes budgétaires destinées à financer les dépenses de fonctionnement des établissements ou encore l'allocation de budgets aux établissements et aux organismes communautaires. Dans le cas de ces derniers, les subventions seraient accordées en raison directe de leur participation aux programmes (Commission 1988: 671). Par ailleurs, il faut indiquer que l'allocation des budgets et le paiement des ressources seraient convenus entre les régies et le Ministère sur des plans de trois ans. Chaque régie serait entièrement responsable de son budget.

L'enveloppe globale couvrirait l'ensemble des programmes de responsabilité régionale: services médicaux non-spécialisés, services de première ligne dispensés par les CLSC, une partie de ceux qui sont dispensés par les organismes communautaires (ceux de portée régionale), services

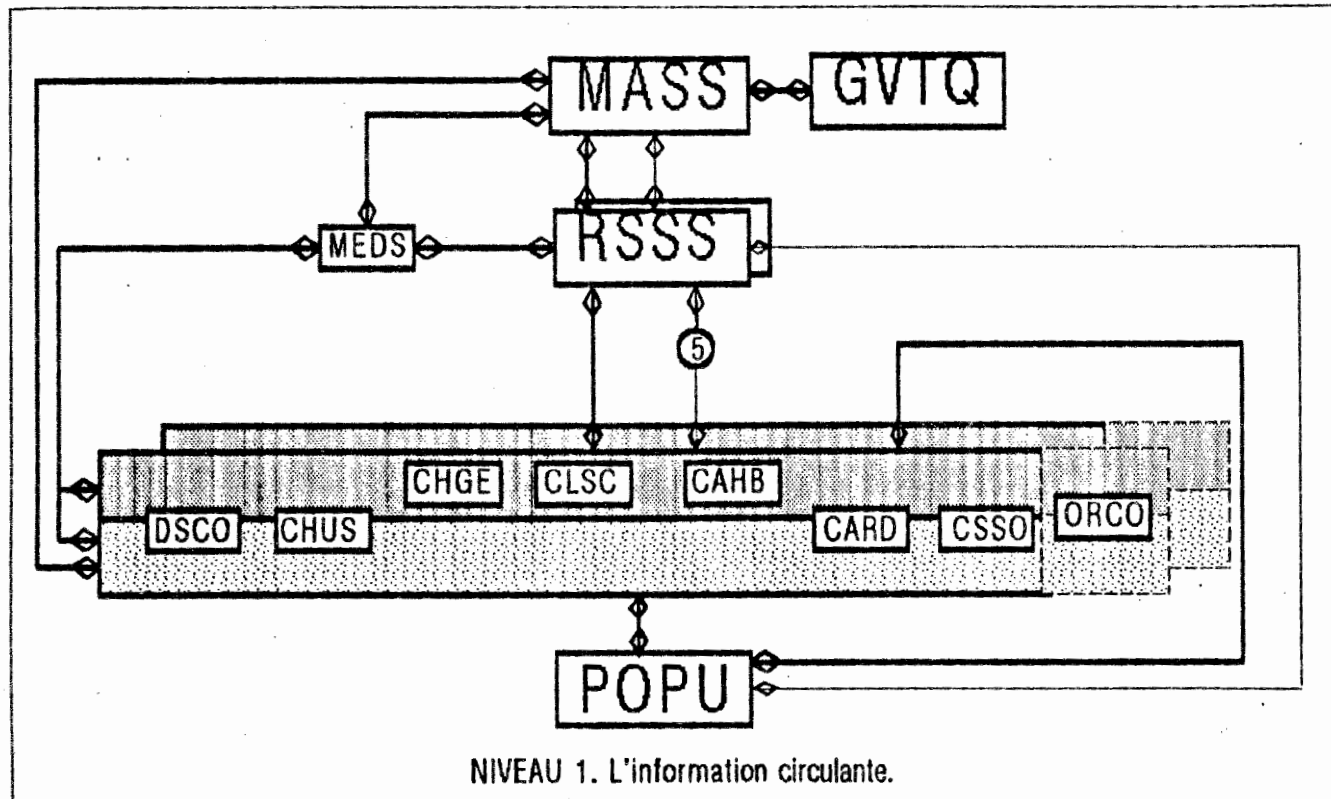
d'hébergement et de maintien à domicile des personnes âgées et services hospitaliers généraux (Commission 1988: 665). Le budget incluerait donc les sommes payées pour rémunérer les médecins oeuvrant au sein des programmes relevant des régies régionales, la RAMQ demeurant l'agent payeur. A l'intérieur d'une région, le financement s'effectuerait sur la base de programmes pensés par la régie régionale.

La Commission aborde peu le contrôle sur les statuts en termes de responsabilité officielle à confier aux RSSS ou au Ministère. Cela est cohérent avec sa vision de gestion participative, de transparence, etc. Elle espère que les ajustements nécessaires à l'approche par programme et par résultat s'effectueront dans l'harmonie: par consensus, la nouvelle dynamique organisationnelle permettant des ajustements sans heurt. Tout au plus les commissaires mentionnent que les régies pourront utiliser à l'égard des établissements des mesures incitatives ou coercitives -tutelle incluse- de façon à assurer le respect des budgets. De même, le Ministère pourra mettre en tutelle une RSSS si elle ne respecte pas les limites que lui impose son enveloppe budgétaire (Commission 1988: 674).



Enfin le contrôle sur l'information structurante que la Commission propose de confier aux régies est important pour les programmes de portée régionale. Les RSSS ont en effet à décider des objectifs de leur région respective selon ces programmes, à les planifier de manière continue et transparente dans une perspective intersectorielle. Toutefois les régies demeurent dépendantes du méta-contrôle que le Ministère exerce par le biais des politiques provinciales qu'il a à élaborer et dont il lui faut assurer le respect.

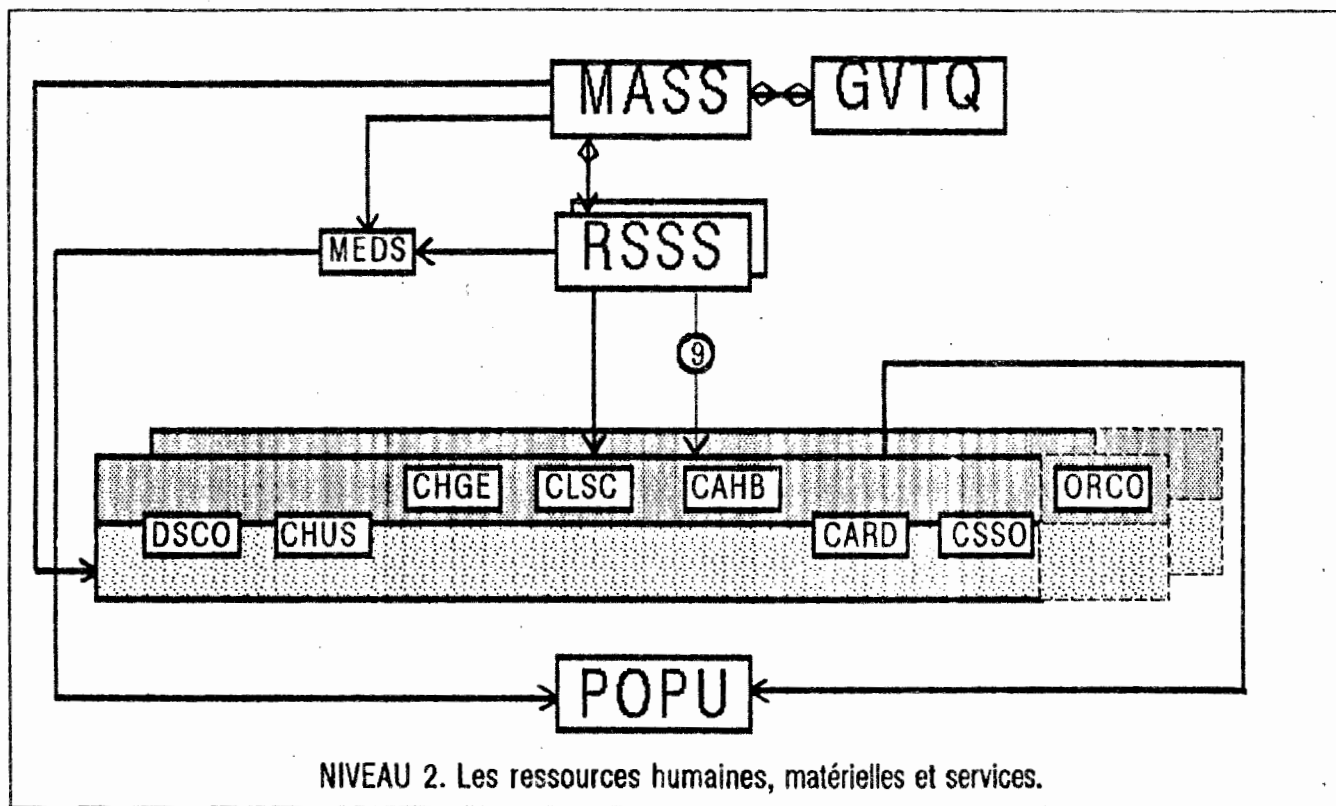
7.2.2 L'analyse structurale des recommandations de la Commission

Certains changements ont été apportés quant à la présentation visuelle des multigraphes pour les travaux de la Commission Rochon (multigraphes/série 7). Il faut tout d'abord noter, par rapport à la situation prévalant à la période précédemment étudiée, la disparition du poste "Conseil du trésor" et l'apparition d'un autre plus général: le gouvernement du Québec. Non pas que le Conseil du trésor disparaisse du jeu et des enjeux. Il s'agit plutôt de refléter la préoccupation des commissaires à l'effet qu'il ne devrait plus assumer l'examen à la pièce du bien-fondé des demandes budgétaires du Ministère, ni un contrôle trop détaillé des dépenses de tout le réseau socio-sanitaire. Nous voulions plutôt traduire, dans la structure, cette préoccupation de la Commission de voir le Conseil du trésor jouer un rôle plus modeste. Ce nouveau rôle s'apparente davantage à celui qui était le sien avant l'importante récession économique du début des années 80.


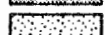


LEGENDE

-  PROGRAMMES DE PORTEE REGIONALE
-  PROGRAMMES DE PORTEE PROVINCIALE

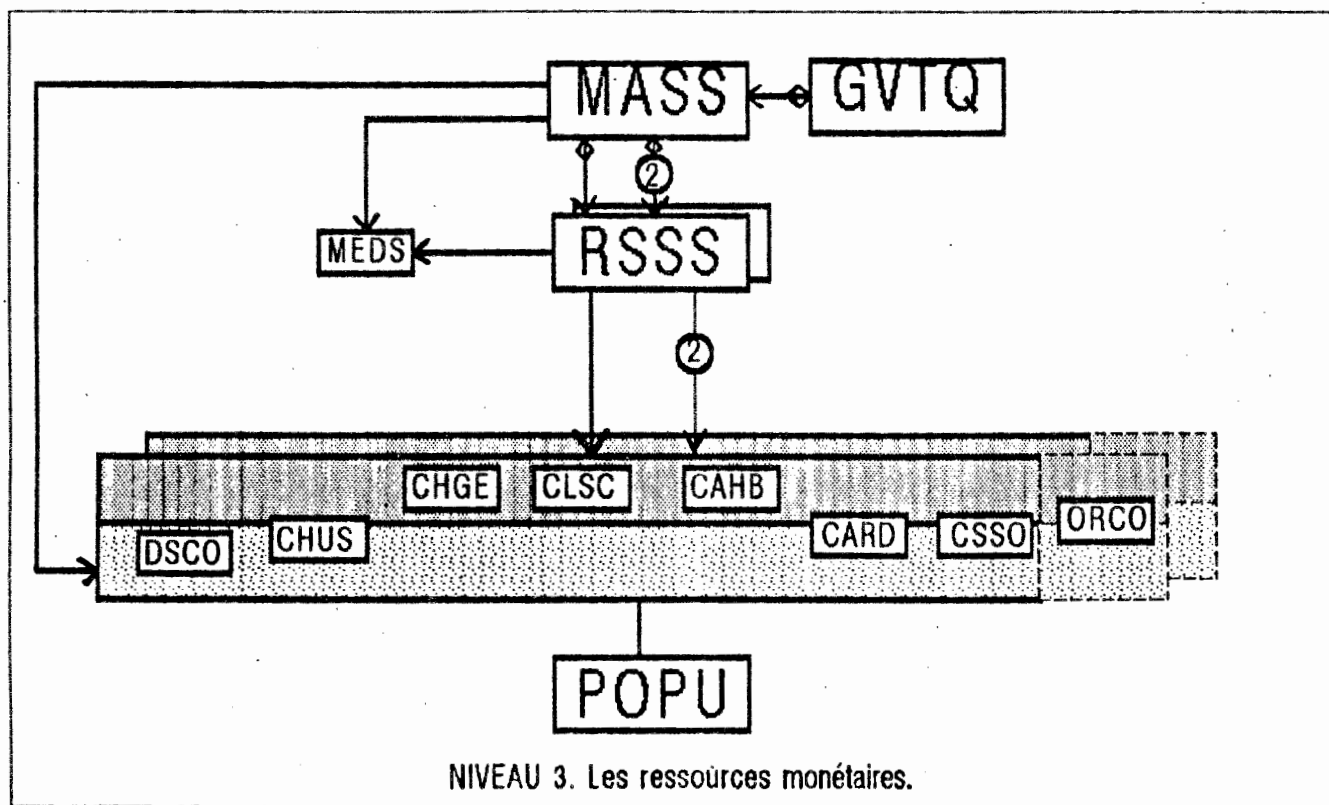


LEGENDE

-  PROGRAMMES DE PORTEE REGIONALE
-  PROGRAMMES DE PORTEE PROVINCIALE



MULTIGRAPHE/ SERIE 7.

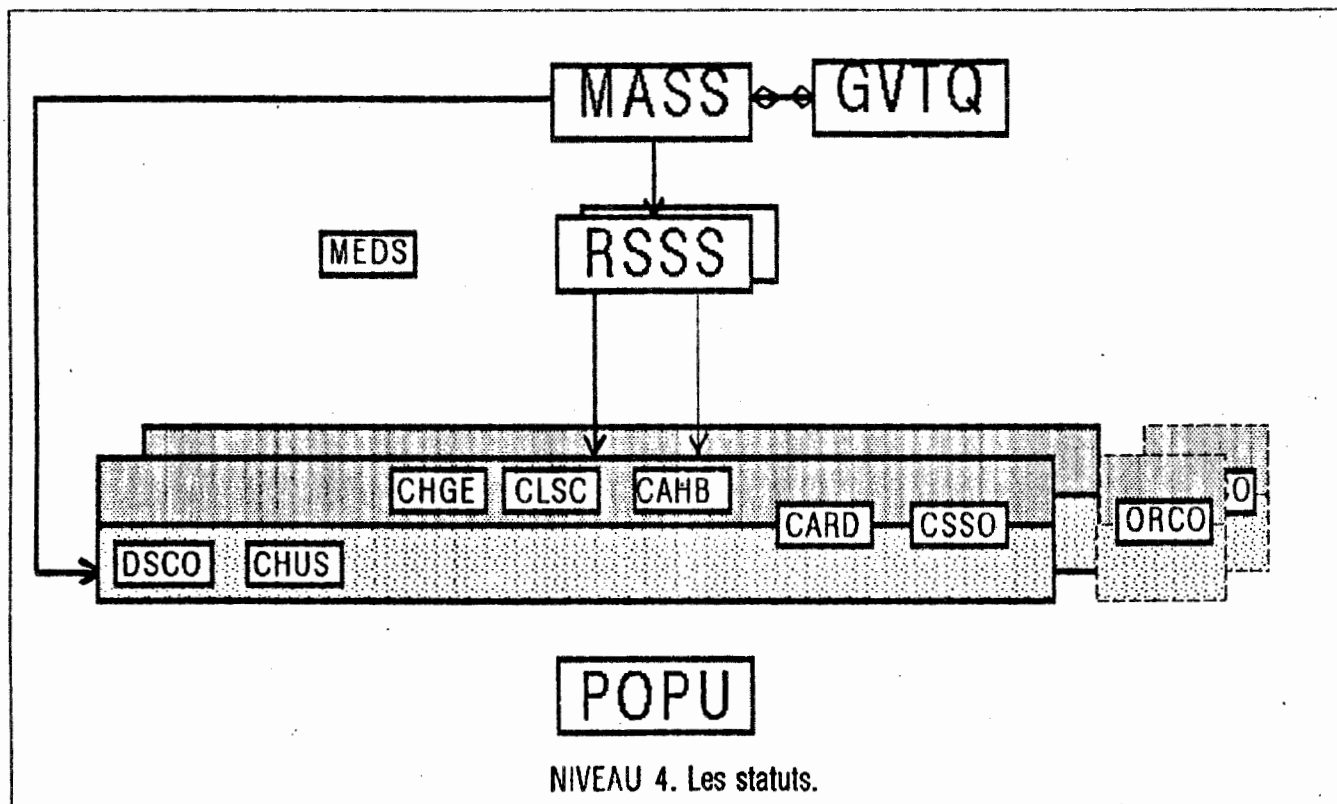
Le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1985-1988.





NIVEAU 3. Les ressources monétaires.

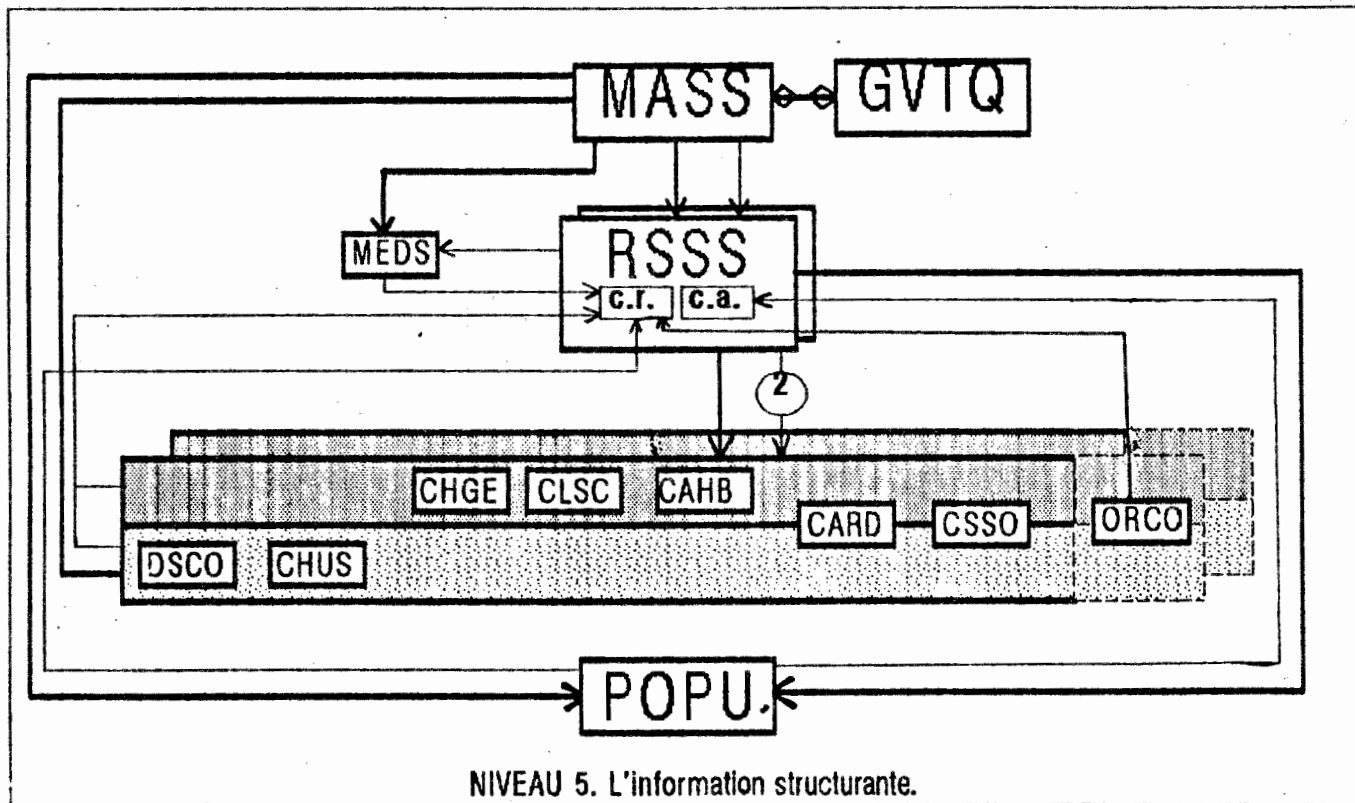
LEGENDE

-  PROGRAMMES DE PORTEE REGIONALE
-  PROGRAMMES DE PORTEE PROVINCIALE



LEGENDE

-  PROGRAMMES DE PORTEE REGIONALE
-  PROGRAMMES DE PORTEE PROVINCIALE



NIVEAU 5. L'information structurante.

LEGENDE

- PROGRAMMES DE PORTEE REGIONALE
- PROGRAMMES DE PORTEE PROVINCIALE

c.r.: comité régional des priorités c.a.: conseil d'administration

Il faut mentionner également le fait que les postes "établissements" (ETSA et ETSS) ont été subdivisés selon les différentes catégories d'établissements. Cela apparaissait nécessaire compte tenu du fait que, malgré le fait que la Commission privilégie une approche par programme, elle identifie explicitement différentes catégories d'établissements qui seront davantage en relations soit avec le Ministère (programmes de portée provinciale), soit avec les RSSS (programmes de portée régionale).

Enfin tous ces postes "établissements" de même que (à l'occasion seulement) les organismes communautaires (ORCO) ont été inclus à l'intérieur de deux rectangles. Deux objectifs étaient visés en agissant de la sorte: tout d'abord bien montrer la préoccupation des commissaires de faire en sorte qu'une structure par programme, à la fois de portée régionale et provinciale, remplace l'actuelle structure par type d'établissements, ces programmes pouvant être réalisés par une ou plusieurs ressources (établissements ou organismes communautaires). En second lieu, nous voulions améliorer la présentation visuelle en diminuant le nombre de relations à poser entre les différents postes. Par exemple, au lieu de poser plusieurs relations entre la régie et chacun des différents types d'établissements et les organismes communautaires, une seule relation relie la RSSS et le rectangle "programmes de portée régionale". Il en va de même pour les relations entre le Ministère et les établissements pour les programmes de portée provinciale. Ces commentaires faits, passons à l'analyse structurale des travaux de cette seconde commission d'enquête.

Au niveau des contrôles sur l'information circulante non-finalisante, la Commission affiche ouvertement, comme l'avait fait la Commission Castonguay près de 20 ans plus tôt, un parti pris pour le dialogue constant entre population, professionnels de la santé, établissements, organismes régionaux et Ministère. Le système de la santé et des services sociaux doit être davantage à l'écoute de la population. Par ailleurs, et comme dans le cas des offices régionaux de la santé proposés par la première commission d'enquête, la régie doit collaborer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux dans ses projets de recherche épidémiologiques, économiques et sociologiques.

Il faut également souligner que le Ministère devra être en relation avec les établissements de qui relève la dispensation des programmes de portée provinciale dont il a la responsabilité. Les RSSS auront la responsabilité non seulement des établissements dispensant des programmes de portée régionale mais également celle de la cohésion d'ensemble sur leur territoire.

Pour ces raisons nous estimons que les contrôles à ce niveau sont tous mixtes, et ce dans les deux sens des connexions. L'idée d'un tissu informationnel dense où circule librement l'information est donc reprise par les commissaires des années 80, conférant au système à l'étude une structure de forme coarchique.

Les contrôles spécifiques sur les ressources humaines, matérielles et les services sont simples à poser: la régie exerce un contrôle positif sur les établissements, ceux-ci ne disposant que de contrôles mixtes face à elle.

Toutefois lorsque la perspective d'analyse est étendue à l'ensemble des relations de contrôle, nous constatons que, dans le cas des programmes de portée provinciale, le Ministère intervient directement auprès des établissements concernés, notamment auprès des centres hospitaliers universitaires, des instituts de recherche, des centres d'accueil de réadaptation, des centres de services sociaux. C'est également le cas pour les départements de santé communautaire via le contrôle exercé à la fois par le Centre de santé publique, organisme autonome qui répondrait pour son mandat devant le ministre de la Santé et des Services sociaux et par le contrôle de ce dernier sur les ressources humaines dirigeantes des DSC. Ces catégories d'établissements sont donc soumises, à des degrés divers, à la fois aux contrôles de la régie et du Ministère.

Les médecins pour leur part continuent à contrôler l'offre de services aux établissements de santé, aux CLSC, centres d'accueil d'hébergement et à la population.

En considérant seulement les relations complémentaires, le multigraphe est hiérarchique, que ce soit en ce qui concerne les programmes de portée régionale ou de portée provinciale. Par contre, si les contrôles mixtes s'avéraient tous positifs dans la pratique, les régies s'inscriraient dans une structure de forme coarchique, agissant comme véritables centres et articulateurs régionaux entre le Ministère et le gouvernement d'une part et les établissements dispensant des programmes de portée régionale d'autre part. C'est là le souhait des commissaires qui optent pour une structure davantage coarchique en ce qui concerne les programmes de responsabilité régionale.

Les contrôles spécifiques sur les ressources monétaires s'inscrivent dans un graphe partiel (MASS-RSSS-établissements-ORCO) semi-fortement connexe conférant à cette structure une forme stratarchique où le Ministère occupe une position de centre et d'articulateur, les RSSS une position d'articulateur et les établissements et les organismes celle de marginal. La population et les médecins sont en position isolée et le gouvernement du Québec se

retrouve en position de centre s'il refuse le contrôle mixte en provenance du Ministère. Dans le cas contraire, il est en position de mitoyen.

Lorsque nous analysons l'ensemble des relations de contrôle (spécifiques et complémentaires), le sous-graphe formé de tous les postes à l'exception de la population est semi-fortement connexe. Les médecins sont soumis cette fois-ci aux contrôles positifs du Ministère et des régies. Il en va de même des organismes communautaires qui se verront garantir un financement plus stable qu'actuellement à la condition toutefois d'assurer des services en complémentarité aux ressources du réseau public. Cette complémentarité sera définie à la fois par le Ministère et la régie de leur région, selon les programmes concernés. La forme coarchique de la structure formée des postes MASS-RSSS-établissements qui était possible au second niveau lorsque les connexions de contrôles mixtes s'avéraient positives ne l'est plus, compte tenu du fait que les connexions reliant la RSSS aux établissements sont à sens unique, les établissements ne pouvant contrôler la régie.

Par contre les RSSS bénéficient d'une autonomie importante, se voyant remettre une enveloppe globale par le Ministère pour l'ensemble des programmes de portée régionale. Elles occupent ainsi à la fois une position de centre et d'articulateur. Toutefois, dans les cas où le Ministère passe outre aux recommandations d'une régie, il devient le seul à occuper une position de centre, confinant la régie à une celle d'articulateur pour les programmes de portée régionale et de marginal pour ceux de portée provinciale. Tout cela évidemment à la condition qu'il puisse lui-même influencer positivement le reste du gouvernement provincial....

La forme générale des contrôles sur les statuts s'apparente à celle des ressources monétaires, sauf en ce qui concerne les postes MEDS et ORCO, ceux-ci étant isolés, tout comme la population. Au niveau du sous-graphe formé de GVTQ-MASS-RSSS-établissements, les RSSS sont intégrées dans une structure de forme hiérarchique où elles occupent encore une fois une position d'articulateur pour les programmes de portée régionale. Il est supposé ici que les régies ne peuvent prendre de mesures coercitives -tutelle incluse- sur les établissements dont la majorité des programmes relèvent du Ministère, comme c'est le cas des centres hospitaliers universitaires. Toutefois les recommandations de la Commission à ce propos ne sont pas clairement exprimées.

En ce qui concerne les contrôles sur l'information structurante, compte tenu de l'ensemble des relations, complémentaires et spécifiques, le multigraphe est quasi-fortement connexe. Les régies occupent une position

d'articulateur, laissant au Ministère ou au gouvernement celle de centre. Le système prend une forme stratarchique où la régie occupe une position d'articulateur et de centre pour les programmes de portée régionale.

Toutefois, en ne prenant en compte que les relations spécifiques, la forme de la structure du multigraphe devient anarchique: les différentes catégories d'établissements et de professionnels se retrouvent contrôlées par les organismes socio-économiques. Les établissements n'ont que peu d'emprise sur les RSSS, si ce n'est quelques représentants au comité régional des priorités de chaque régie, comité consultatif dont les membres sont choisis par le conseil d'administration de la RSSS. Or la Commission recommande que les membres du conseil d'administration de la régie soient issus des organismes socio-économiques, ce qui place ces derniers en situation de contrôle à la fois sur les professionnels, sur les gestionnaires du réseau public de la santé et des services sociaux, de même que sur les maires des municipalités de la région! Enfin les leaders d'opinion de la société québécoise auraient leur mot à dire suite à la création du Conseil de la santé et du bien-être dont il a été question au début de ce chapitre.

Par ailleurs, les organismes communautaires seraient associés par le biais du comité régional des priorités, à l'élaboration de la planification triennale et à l'évaluation des programmes régionaux (Commission 1988: 520).

Les régies régionales de la santé et des services sociaux s'inscrivent comme des articulateurs de premier plan relativement aux programmes de portée régionale. Cependant, le Ministère augmente son emprise directe sur certaines catégories d'établissements via son rôle par rapport aux programmes de portée provinciale. La Commission propose implicitement une intégration importante des organismes communautaires dans le réseau public en suggérant d'appuyer de façon concrète les organismes communautaires et bénévoles qui ont une vocation complémentaire à celle de ce réseau, et ce en vue d'une meilleure atteinte des objectifs de résultats que l'ensemble du système doit se donner. La planification régionale et provinciale doit dorénavant englober ce type de ressources.

Pour l'ensemble des substrats, il semble que la Commission inscrive ses travaux dans la continuité des efforts de rationalisation administrative entrepris il y a près de 20 ans. Par exemple, elle désire voir le Conseil du trésor jouer un rôle plus modeste, et rendre l'ensemble des choix à effectuer relativement au "réseau", plus transparent en s'appuyant sur un vibrant appel au bien commun. Or, elle suggère pour ce faire une structure où le Ministère occupe une position de centre d'un "réseau" qui prend une forme

plus hiérarchique, au fur et à mesure que l'importance des contrôles en jeu augmente.

CHAPITRE 8

1971-1988: SYNTHESE

OU

LA VALSE-HESITATION DE LA DECENTRALISATION

Les quatre chapitres précédents ont abordé la recension puis l'analyse des principaux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux depuis leur avènement et des recommandations de deux commissions d'enquête ayant abordé, entre autres, la question de la régionalisation dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Les mandats, qui sont une forme de performances désirées ou d'ordres conçus de nature institutionnelle (Lemieux 1982b: 84), étaient regroupés pour la circonstance en cinq périodes de durées inégales: 1971, 1972-1977, 1978-1981, 1981, 1982-1987. Deux autres périodes représentent les commissions d'enquête dont les recommandations peuvent être assimilées à des ordres conçus de nature idéale. Est venue s'ajouter également, pour chacune de ces sept périodes, la prise en compte de relations de contrôle complémentaires, permettant ainsi de mieux saisir le contexte plus général dans lequel s'inscrivait ce processus de régionalisation.

Le présent chapitre a pour objectif de tirer certains enseignements d'une vue à la fois plus générale et plus dynamique du processus de régionalisation vers les CRSSS. Pour ce faire nous comparons de manière "qualitative" les relations de contrôle liant les différents postes entre eux pour chaque période, puis ces périodes entre elles. Ces comparaisons s'effectuent à l'aide de matrices d'interconnexions. De même l'évolution des positions (centre, articulateur, etc) occupées par certains des postes du système est suivi et nous étudions la forme des structures du système pour chacun des cinq niveaux de substrats.

Par ailleurs, l'analyse s'attarde davantage sur la structure d'ensemble pour chacune des périodes et des niveaux, de manière à mettre en relief les formes de structures privilégiées soit par les acteurs institutionnels les plus puissants (Ministère, Conseil du trésor, gouvernement du Québec), soit par les commissions d'enquête.

8.1 Relations de contrôle entre les postes et positions relatives entre eux

Il convient tout d'abord d'ouvrir une parenthèse sur les matrices d'interconnexions utilisées dans cette section. Elles ne dénombrent pas les relations de contrôle, que celles-ci soient spécifiques ou complémentaires, mais ne font qu'en souligner la présence ou l'absence entre deux postes, et ce pour chacun des cinq niveaux de substrats identifiés. Pour cette raison, elles sont qualifiées de

"qualitatives". Elles permettent également de connaître la direction de ces relations de contrôle, sans toutefois préciser s'il s'agit de contrôles positifs ou mixtes.

Par exemple, le tableau 16 indique qu'il y a une relation de contrôle (complémentaire) concernant le premier niveau de substrat (l'information circulante) du ministère de la Santé vers celui du Bien-être social (intersection MISA-MIBS) et une autre en sens inverse (intersection MIBS-MISA). Il faudrait toutefois référer au multigraphe concerné (série 1) pour déterminer si cette relation est positive ou mixte.

L'intérêt d'utiliser de telles matrices est triple. Tout d'abord, elles permettent d'effectuer, pour chacune des périodes retenues, un inventaire relativement facile à consulter de l'ensemble des relations de contrôle en "superposant" un certain nombre d'informations contenues dans cinq multigraphes. En second lieu, nous pouvons voir d'un coup d'oeil avec quel(s) autre(s) poste(s) chacun des postes composant le système à l'étude est appelé à établir de telles relations. Elles permettent enfin de mieux suivre l'évolution de ces relations d'une période à l'autre.

La matrice des interconnexions (tableau 16), construite à partir des données contenues à la section 4.1 relativement au rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, permet de constater que la présence de deux ministères crée autant de "surfaces" où il y a absence de relations de contrôle. Cela traduit le fait que les réseaux "santé" et "bien-être social" ne sont pas appelés à développer de tels liens entre eux.

A remarquer également la présence de quatre "paires" de postes (MISA-ORSA, ORSA-ETSA, MIBS-ORSS, ORSS-OASS) où se retrouvent des relations de contrôle relatif aux cinq niveaux. Les différents contrôles que peut exercer en théorie chacun des ministères sur "son" sous-système passent ainsi obligatoirement par l'office régional concerné qui agit alors comme seul articulatoire au niveau régional. Le tableau montre aussi l'ascendant des conseils régionaux sur les offices. En effet les premiers se voient attribuer par les commissaires des contrôles sur les seconds (CRSA-ORSA, CRSS-ORSS) relativement à quatre des cinq types de substrats mais, dans la direction inverse (ORSA-CRSA, ORSS-CRSS), les offices ne peuvent espérer influencer les conseils qu'en rapport avec le niveau de substrat le moins déterminant. Les ministères sont pour leur part en position de centre et permettent l'articulation interrégionale, et ce pour les trois niveaux de substrat les plus déterminants: ressources monétaires, statuts et information structurante.

Il y a des différences substantielles entre ces ordres conçus de nature idéale et ceux de nature institutionnelle qui y feront écho (tableau 17). Il faut remarquer le fait

Tableau 16. Matrice des interconnexions entre les différents postes, rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1966-1973.

De \ Vers	MISA	MEDS	ORSA	CRSA	ETSA	MIBS	ORSS	CRSS	OASS	COSS	POPU
MISA		①③④	①②③ ④⑤	①④		①					③
MEDS	①				①②						②
ORSA	①③	①		①	①②③ ④⑤						①
CRSA			①②③ ④		①						①
ETSA		①	①③	①							①②
MIBS	①						①②③ ④⑤	③④		①	③
ORSS						①③④		①	①②③ ④⑤	①	①
CRSS							①②③ ④		①	①	①
OASS							①③	①		①②	①②
COSS						①	①②		①		
POPU			①	①③	①		①③	①③	①		

NOTES

- A. Les chiffres font références au cinq différents niveaux ce substrat
1. L'information circulante
 2. Les ressources humaines, matérielles et services
 3. Les ressources morales
 4. Les statuts
 5. L'information structurante

- B.
- Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique entre les deux postes
 - Présence d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes
 - ⬡ Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique ET d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes

Tableau 17. Matrice des interconnexions entre les différents postes.
Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1971.

De \ Vers	MASS	MEDS	CSSS	ETSA	ETSS	ORCO	POPU
MASS		①②③ ④	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤		①⑤
MEDS	①			②			②
CSSS	①②			①②	①②		①
ETSA	①		①⑤				①②
ETSS	①		①⑤				①②
ORCO							
POPU	①		①⑤	①	①		

Tableau 18. Matrice des interconnexions entre les différents postes,
la période 1972 - 1977.

De \ Vers	MASS	MEDS	CSSS	ETSA	ETSS	ORCO	POPU
MASS			①②③ ④⑤	③④⑤	③④⑤		⑤
MEDS	ABSENT DANS MULTIGRAPHES/ SERIE 1						
CSSS	①③⑤			①②③ ⑤	①②③ ④⑤	①②③	①
ETSA			①②③ ⑤				①②
ETSS			①②③ ⑤				①②
ORCO			①②				①②
POPU			①	①	①	①	

NOTES.

A. Les chiffres font références aux cinq différents niveaux de substrat:

1. L'information circulante
2. Les ressources humaines, matérielles et services
3. Les ressources monétaires
4. Les statuts
5. L'information structurante

B.

- Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique entre les deux postes
- Présence d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes
- ⬡ Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique ET d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes

que la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971 établit des relations de contrôle complémentaires entre le nouveau ministère des Affaires sociales et les établissements (MASS-ETSA, MASS-ETSS), et ce pour tous les niveaux de substrat. L'organisme régional, devenu le conseil régional de la santé et des services sociaux, n'a plus aucun rôle d'articulateur, le Ministère assumant à la fois la position de centre et d'articulateur. La timidité de cette loi eu égard à la régionalisation est bien démontrée par l'analyse structurale des relations de contrôle qu'elle privilégie.

Lors de la période 1972-1977, le Ministère continue à créer des relations de contrôle vers les conseils régionaux pour l'ensemble des niveaux de substrats (tableau 18). Toutefois il semble vouloir mettre moins d'emphasis sur ses relations avec les établissements, du moins au niveau des contrôles sur l'information circulante, les ressources matérielles, humaines et les services. Le CRSSS est invité à prendre le relais vers les établissements, ce que démontre l'apparition de relations de contrôle spécifiques entre lui et les établissements (CSSS-ETSA, CSSS-ETSS). Cependant le mouvement est différent de celui relevé dans la loi et lors des toutes premières années. A ce moment, les relations de contrôle voulues par le législateur étaient unidirectionnelles, du Ministère vers les autres postes. Au contraire, et surtout à partir de 1977, les établissements sont également habilités (via les commissions administratives entre autres) à établir des relations de contrôle spécifiques vers les conseils régionaux (ETSA-CSSS, ETSS-CSSS), bien que cette situation ne prévale que pour les deux premiers niveaux de substrat, les moins déterminants, et que ces relations de contrôles soient le plus souvent mixtes (par opposition à positif).

Du point de vue des positions occupées par les différents postes, il faut remarquer le fait que les conseils régionaux occupent la position d'articulateur dans les structures relatives aux contrôles concernant les deux premiers niveaux de substrat. Ils sont également appelés à occuper cette position au niveau du contrôle sur les ressources monétaires, seulement dans le cas des mandats décentralisés. Ils occupent généralement une position de marginal en ce qui concerne les deux niveaux de contrôle les plus déterminants, le Ministère occupant à la fois celle de centre et d'articulateur pour l'ensemble des niveaux de substrat.

La période allant de 1978 à l'automne de 1981 voit plusieurs phénomènes intéressants se produire (tableau 19). Tout d'abord le Ministère multiplie ses relations avec les conseils régionaux, et ce pour tous les niveaux de substrats. Ces relations spécifiques sont le plus souvent mixtes des CRSSS vers le Ministère et toujours positives en

Tableau 19. Matrice des interconnexions entre les différents postes, la période 1978 - 1981.

De \ Vers	MASS	MEDS	CSSS	ETSA	ETSS	ORCO	POPU
MASS		③⑤	①②③ ④⑤	③④⑤	③④⑤	③	③
MEDS				③			③
CSSS	①②③ ④⑤	⑤		①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③	
ETSA			①②③ ⑤				①②
ETSS			①②③ ⑤				①②
ORCO			①②③				①③
POPU				①	①	①	

Tableau 20. Matrice des interconnexions entre les différents postes, la loi 27, 1981.

De \ Vers	MASS	MEDS	CSSS	ETSA	ETSS	ORCO	POPU
MASS		②⑤	①②③ ⑤	②④⑤	②④⑤	NON MENTIONNÉ EXPLICITEMENT DANS LA LOI 27	③
MEDS				③			③
CSSS	①④⑤	⑤		①③④ ⑤	①②④ ⑤		①
ETSA			①③④ ⑤				①③
ETSS			①②④ ⑤				①③
ORCO	NON MENTIONNÉ EXPLICITEMENT DANS LA LOI 27						
POPU			⑤	①	①		

NOTES.

A. Les chiffres font références aux cinq différents niveaux de substrat

1. L'information circulante
2. Les ressources humaines, matérielles et services
3. Les ressources monétaires
4. Les statuts
5. L'information structurante

B. Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique entre les deux postes

Présence d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes

Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique ET d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes

sens inverse. En d'autres mots, c'est la dimension "consultation" qui l'emporte largement sur la dimension "partenariat" dans les relations CRSSS- Ministère.

A noter également que dès 1978 les conseils régionaux sont invités à "établir" une relation de contrôle positive "sur" les médecins relativement au cinquième niveau de substrat. Cet ordre conçu ne s'est pas traduit dans la réalité avant 1988 et encore, seulement après sa reformulation complète, comme il est mentionné au chapitre 6 (cf 6.2.2.2).

Par ailleurs, le leitmotiv "population" ou "décentralisation vers la base" semble de moins en moins présent au fil des années dans les mandats confiés aux conseils régionaux si ce n'est lors de la formule d'introduction des décrets, ce que traduit l'absence de relations spécifiques entre la population et les CRSSS. L'organisme régional est invité à s'engager de plus en plus dans la gestion du réseau public régional de services de santé et de services sociaux. L'emphase n'est pas mise sur un rôle pourtant contenu dans la loi dès 1971: celui d'animateur de la population, de porte-parole du milieu vers les postes plus "centraux" (cf tableau 7).

Enfin l'orientation de la majorité des mandats fait en sorte d'intégrer de plus en plus les conseils régionaux dans une structure hiérarchique, ou au mieux stratarchique. Cela les placent en position d'articulateurs relativement aux contrôles sur tous les niveaux de substrat. Ils deviennent même par rapport aux deux premiers niveaux de véritables centres régionaux, dans l'hypothèse où les relations de contrôle (spécifiques et complémentaires) mixtes s'avèrent positives de fait.

Du projet de loi 27 de 1981 (tableau 20), il faut surtout souligner la tendance du législateur à resituer, dix ans plus tard, le Ministère dans des relations de contrôle, à la fois spécifiques et complémentaires, avec les établissements, et ce même à des niveaux peu déterminants en termes de décentralisation. La loi vient également contraindre davantage à la fois la marge de manoeuvre des établissements et celle des conseils régionaux, notamment par une inflation réglementaire sans précédent en faveur du Ministère et d'un autre poste: le Conseil du trésor. L'importance grandissante de ce dernier en cette période d'importante récession économique est à l'image de celui qui en occupe la présidence à l'époque, M. Jacques Parizeau. Signalons enfin l'absence de mandats relatifs aux ressources monétaires, un niveau de substrat important dans l'ordre proposé. Quant aux positions occupées par le Ministère et les conseils régionaux, il faut noter que le Ministère est défini comme un articulateur, non plus seulement interrégional, mais également intrarégional, laissant les CRSSS occuper une position de mitoyen (contrôle sur les

ressources humaines, matérielles et les services; contrôle sur l'information structurante) ou de marginal (contrôle sur les statuts).

La période 1982-1987 (tableau 21) voit le gouvernement indiquer de façon plus explicite la position importante qu'il entend confier au Conseil du trésor. Ce dernier peut établir des relations de contrôle plus importantes avec le Ministère et, fait nouveau, directement avec les établissements (CDUT-ETSA, CDUT-ETSS). Le Ministère pour sa part multiplie les relations de contrôle spécifiques entre lui et les conseils régionaux, et ce pour tous les niveaux de substrats à l'exception de celui sur les statuts. Le grand perdant dans cette nouvelle structure confiant un rôle plus important au Conseil du trésor est sans nul doute le ministère des Affaires sociales. Il perd potentiellement sa position de centre pour celle de mitoyen, et ce en ce qui concerne les contrôles sur les niveaux de substrat les plus déterminants: ressources monétaires, statuts, information structurante. Les interventions directes et à la pièce que le Ministère et le Conseil du trésor peuvent effectuer font maintenant en sorte, davantage que pour les périodes précédentes, de reléguer généralement les conseils régionaux en position de mitoyen ou de marginal.

Quittant à nouveau les ordres conçus de nature institutionnelle pour ceux de nature idéale, nous abordons maintenant les recommandations de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (tableau 22). Par rapport aux précédents tableaux, plusieurs éléments nouveaux apparaissent.

Dans ce tableau, la surface "Approche par programme" démontre la volonté des commissaires de métamorphoser un réseau d'établissements en un réseau de services et soins où ils sont appelés à davantage de complémentarité. Il faut noter que les régies régionales sont reliées à tous les établissements par des relations de contrôle, à la fois spécifiques et complémentaires, et ce à tous les niveaux de substrats. A noter également que la distinction entre programmes de portée provinciale et régionale fait en sorte de soustraire de manière plus ou moins importante à l'influence des RSSS plusieurs types d'établissements: départements de santé communautaire, centres hospitaliers universitaires, centres d'accueil de réadaptation et centres de services sociaux. Enfin, et cela est un précédent semble-t-il, les commissaires prônent une certaine intégration des organismes communautaires au "réseau" public (MASSS-ORCO, RSSS-ORCO). La partie de leur financement assurée par le Ministère et les régies régionales dépendra d'ailleurs de leur propension à intervenir en complémentarité avec ce réseau et à se doter d'objectifs spécifiques (Commission 1988: 671).

Tableau 21 Matrice des interconnexions entre les différents postes, la période 1982 - 1987.

De \ Vers	MASS	CDUT	MEDS	CSSS	ETSA	ETSS	ORCO	POPU
MASS		①②③ ④⑤	③⑤	①②③ ④⑤	①③④ ⑤	①③④ ⑤	③	⑤
CDUT	①②③ ④⑤				③④	②④		
MEDS					②			⑤
CSSS	②③⑤		⑤		①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②	
ETSA		④		①②③ ⑤				①②
ETSS		④		①②③ ⑤				①②
ORCO				①				①②
POPU					①	①	①	

NOTES.

A. Les chiffres font références aux cinq différents niveaux de substrat:

1. L'information circulante
2. Les ressources humaines, matérielles et services
3. Les ressources monétaires
4. Les statuts
5. L'information structurante

- B. Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique entre les deux postes
- Présence d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes
- Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique ET d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes

Tableau 22. Matrice des interconnexions entre les différents postes, recommandations du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988.

De Vers	MASS	GVTQ	MEDS	RSSS	DSCO	CHUS	CHGE	CLSC	CAHB	CARD	CSSO	ORCO	POPU								
MASS		①②③ ④	①②③ ④	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤				①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①③⑤	③								
GVTQ	①②③ ④⑤																				
MEDS	①			①⑤	①①	①①	①②	①①	①①				②								
RSSS	①②③		①③⑤		①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①②③ ④⑤	①③⑤								
DSCO	①		①	①②⑤	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #e0e0e0;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">APPROCHE PAR PROGRAMME</p> </div>								①③								
CHUS	①		①	①②⑤									①③								
CHGE			①	①②⑤									①③								
CLSC			①	①②⑤									①③								
CAHB			①	①②⑤									①③								
CARD	①			①②⑤									①③								
CSSO	①			①②⑤									①③								
ORCO	①			①②⑤									①③								
POPU				①②⑤									①	①⑤	①⑤	①⑤	①⑤	①⑤	①⑤	①⑤	

NOTES.

- A. Les chiffres font références au cinq différents niveaux de substrat
1. L'information circulante
 2. Les ressources humaines, matérielles et services
 3. Les ressources monétaires
 4. Les statuts
 5. L'information structurante

- B.
- Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique entre les deux postes
 - Présence d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes
 - ⬡ Présence d'au moins une relation de contrôle spécifique ET d'une relation de contrôle complémentaire entre les deux postes

Ces recommandations se traduisent en terme de position relative des postes à l'intérieur du système de la façon suivante. Tout d'abord, le Ministère est invité à partager la position de centre qui est généralement la sienne depuis près de 20 ans, du moins dans les ordres conçus de nature institutionnelle, à la fois avec le gouvernement du Québec et les régies régionales. Le Conseil du trésor pour sa part ne devrait plus occuper une telle position mais plutôt se contenter de celle de mitoyen, les arbitrages (budgétaires) devant être effectués directement à l'Assemblée nationale selon les commissaires. Les RSSS deviennent, en rapport avec les programmes de portée régionale, les véritables centres et articulateurs de la partie du "réseau" responsable des soins et services primaire et secondaire de même que des organismes communautaires dispensant de tels types de soins et services.

Dans le cas des programmes de portée provinciale cependant, les RSSS occupent à la limite une position d'isolé, au mieux de marginal, les commissaires concédant les positions de centre et d'articulateur au Ministère.

En résumé, la position du Ministère s'est modifiée depuis 1971. Elle ne correspond qu'en partie à celle désirée par la Commission Castonguay-Nepveu. De seul véritable centre et articulateur du "réseau" à l'époque pour tous les niveaux de substrat, il a effectué une certaine ouverture vers les CRSSS jusqu'en 1981. Ces derniers sont de la sorte passés d'une position de marginal à celle d'articulateur et même de centre au niveau des substrats les moins déterminants en terme de décentralisation: information circulante, ressources matérielles, humaines et services. Aux trois niveaux les plus déterminants, ils ont accédé à une position d'articulateur régional, partageant cette position avec les établissements, compte tenu de la présence des commissions administratives et du fait que ceux-ci siègent sur le conseil d'administration du CRSSS. La Loi 27 (1981) est venue modifier quelque peu la situation en permettant, de manière plus officielle qu'auparavant, au Conseil du trésor de reléguer le Ministère au rang de mitoyen, devenant ainsi sur papier le véritable centre du système s'il refuse les relations de contrôle mixte que lui adresse le Ministère.

La Commission Rochon propose une nouvelle brasse en continuité avec la démarche planificatrice des 17 dernières années: globalement le Ministère conserve sa position de centre et d'articulateur. Les nouvelles régies régionales sont confirmées dans leur position de véritables centres et articulateurs dans leur région respective, mais en ce qui concerne les programmes de portée régionale seulement.

Il faudrait maintenant résumer les différentes formes que peut prendre le système dépendamment du niveau de substrat considéré. C'est là l'objet de la prochaine section.

8.2 Formes de la structure du système de la santé et des services sociaux selon les niveaux de substrat

L'analyse effectuée tout au long des quatre chapitres précédents a montré également que la forme des relations de contrôle du système peut varier selon le niveau de substrat observé. Nous pouvons tenter d'apprécier globalement l'évolution totale de ce phénomène, en prenant en compte l'ensemble des relations de contrôle, à la fois spécifiques et complémentaires (tableaux 23 et 24).

Au niveau du contrôle sur l'information circulante, multigraphes ou sous-graphes sont toujours fortement connexes. Tant les recommandations des commissions d'enquête que les nombreux mandats confiés aux CRSSS se traduisent à ce niveau par une forme coarchique des relations de contrôle spécifiques ou complémentaires.

Dans le cas des contrôles sur le second niveau de substrat, certains changements peuvent être observés dans le temps. A la forme anarchique que prenait la suggestion des commissaires en 1970, a succédé une forme plus hiérarchique des relations de contrôle. A noter cependant que pour une région donnée, à partir de 1972, le sous-graphe est toujours semi-fortement connexe, indiquant ainsi une stratarchie du (sous-)système régional. A l'échelon provincial, au fur et à mesure que s'accumulaient les mandats, cette structure hiérarchique est devenue plus stratarchique. Avec l'adoption de la Loi 27 (1981), un retour à la hiérarchie a été effectué. Il en va de même pour la période 1982-1987. Les recommandations de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux reprennent cette idée, mais sur la base de la dichotomie programmes de portée régionale - programmes de portée provinciale.

La situation au niveau des ressources monétaires est assez semblable. En aucun temps toutefois la stratarchie n'y apparaît comme forme possible pour l'ensemble du multigraphe: elle ne peut être que régionale. Seules les recommandations de la Commission Rochon privilégient la forme stratarchique pour les relations entre les postes, et ce exclusivement pour les programmes de portée régionale.

Les contrôles sur les statuts sont invariablement inscrits dans des multigraphes ou sous-graphes quasi-fortement connexes, que nous considérons la situation globalement (ensemble du système) ou pour une région en particulier.

Il en va de même dans le cas du contrôle sur l'information structurante. Toutefois, le fait que la population et les établissements soient appelés à siéger au conseil d'administration du conseil régional fait en sorte que la stratarchie est possible à l'échelon régional. Les

Tableau 23. Les différentes formes du système socio – sanitaire provincial, par niveau de substrat et période, pour l'ensemble des relations de contrôle.

PERIODE	NIVEAU DE SUBSTRAT				
	1	2	3	4	5
Commission Castonguay	Coarchie	Anarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
Loi 65 (1971)	Coarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
1972 – 1977	Coarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
1978 – 81	Coarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
Loi 27 (1981)	Coarchie	Hiérarchie	– – –	Hiérarchie	Hiérarchie
1982 – 1987	Coarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
Commission Rochon <small>(prog. de portée provinciale)</small>	Coarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie

Tableau 24. Les différentes formes du système socio – sanitaire régional, par niveau de substrat et période, pour l'ensemble des relations de contrôle.

PERIODE	NIVEAU DE SUBSTRAT				
	1	2	3	4	5
Commission Castonguay	Coarchie	Anarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
Loi 65 (1971)	Coarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
1972 – 1977	Coarchie	Stratarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
1978 – 81	Coarchie	Stratarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Stratarchie
Loi 27 (1981)	Coarchie	Stratarchie	– – –	Hiérarchie	Hiérarchie
1982 – 1987	Coarchie	Stratarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Stratarchie
Commission Rochon <small>(prog. de portée régionale)</small>	Coarchie	Stratarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Hiérarchie

recommandations de la commission Rochon, en augmentant la légitimité des membres du conseil d'administration de la RSSS par un processus électif au suffrage universel, vient renforcer cette possibilité de voir le multigraphe à ce niveau adopter une forme stratarchique. A noter toutefois que le sous-graphe des relations de contrôle complémentaires à celles faisant spécifiquement référence au processus de décentralisation vers les régions est quasi-fortement connexe, donc de forme hiérarchique.

En résumé, les différentes lignes des deux tableaux précédents démontrent bien l'évolution dans le temps de la forme du système dans son ensemble, pour chacun des niveaux de substrat, qu'il s'agisse de la situation dans une région ou pour le Québec dans son entier. Il appert que la décentralisation administrative vers les CRSSS, telle qu'exprimée dans les textes gouvernementaux, ne se réalise qu'au niveau de l'information circulante et, dans une moindre mesure à celui des ressources humaines, matérielles et des services. Les contrôles sur les niveaux de substrat les plus déterminants que sont les ressources monétaires, les statuts et l'information structurante sont demeurés dans une large mesure entre les mains du gouvernement provincial. Cela est démontré par la présence, à toutes les périodes, d'une structure hiérarchique des relations de contrôle à ces niveaux.

CHAPITRE 9

**PERCEPTION DE DIRECTEURS GÉNÉRAUX
D'ÉTABLISSEMENTS ET DE CRSSS
FACE AU CRSSS IDEAL**

Jusqu'à maintenant, nous avons inventorié et analysé d'une part ce que les postes les plus puissants, en termes législatifs, ont conçus comme "ordres" devant régir les rapports entre les principaux postes du système socio-sanitaire. D'autre part, l'analyse de ce que deux commissions d'enquête préconisaient à ce sujet a été effectuée. Les recommandations de ces commissions ne visent généralement pas à bouleverser l'ordre établi. Elles suggèrent implicitement d'inscrire les organismes régionaux à l'intérieur d'une forme hiérarchique de structure, du moins en ce qui a trait aux niveaux de contrôle les plus déterminants selon l'ordre proposé.

Il s'agit actuellement de tenter de connaître les préférences d'acteurs dont la puissance est qualifiée de moyenne ou faible. Le présent chapitre doit être vu comme une première tentative, bien incomplète et, disons-le franchement, jusqu'à un certain point téméraire, d'atteindre cet objectif. Comme déjà indiqué au chapitre abordant la méthodologie (cf section 3.2), contrairement aux cinq chapitres précédents l'analyse s'appuie ici sur des données plus "fragiles". Nous sommes conscient également du fait que tous ces acteurs font partie du système socio-sanitaire au même titre, soit celui de gestionnaires. Dès lors il faudra être prudent avant de généraliser nos conclusions pour indiquer, par exemple, que tous les acteurs dont la puissance est "faible" recherchent la coarchie. Elles permettront cependant de proposer, à titre provisoire, un raffinement de la loi structurale qui sera abordée lors de la discussion générale.

9.1 Le conseil régional idéal en 1984-85 selon les permanents rencontrés dans chacune des régions du Québec

9.1.1 Le CRSSS "A"

Pour le directeur général de ce conseil régional, le CRSSS idéal doit pouvoir forcer le Ministère à accepter les recommandations unanimes de la région, réduisant ainsi le rôle de ce dernier à celui d'exécutant des volontés régionales. Il souhaite donc une décentralisation plus poussée, notamment en matière de contrôle sur les budgets des établissements. Le CRSSS idéal possède un conseil d'administration où la participation (quantitative) de la population est plus importante qu'actuellement et la défense des intérêts de cette dernière une préoccupation constante.

Du côté des directeurs généraux d'établissements rencontrés, le rôle de la population au niveau régional est rarement abordé. Bien qu'ils soient pour la grande majorité d'accord avec l'augmentation de l'autonomie et des pouvoirs du conseil régional au détriment du Ministère, notamment en matière de budgétisation, ils insistent davantage sur le

rôle d'animateur d'un réseau d'établissements que doit être celui du CRSSS, sur celui également d'intermédiaire assurant une répartition équitable entre les établissements.

9.1.2 Le CRSSS "B"

"Il nous faut penser les relations MAS-CRSSS comme les relations fédérales-provinciales" indique le directeur général du CRSSS "B". Des pouvoirs budgétaires accrus et une très grande autonomie face au Ministère sont ici l'apanage du CRSSS idéal. Cependant les établissements ne sont pas associés à ce projet: en fait les pouvoirs supplémentaires confiés à la région s'exerceraient sur et non pas avec les établissements. Ce directeur indique d'ailleurs que, selon lui, la disparition d'un tel CRSSS serait un bon débarras pour les établissements. Cette centralisation du pouvoir au niveau régional trouverait sa légitimation dans le fait que le CRSSS serait dirigé par un conseil d'administration élu au suffrage universel.

Le point de vue est très différent du côté des directeurs généraux d'établissements rencontrés. De manière largement consensuelle, ces permanents estiment que le CRSSS idéal est là pour établir les priorités régionales en concertation avec les établissements. Néanmoins, et ils rejoignent en cela la haute direction de leur CRSSS, ce dernier doit être dirigé par un conseil d'administration élu de façon à faire prévaloir la volonté politique "d'en bas".

9.1.3 Le CRSSS "C"

Ici le directeur général du conseil régional n'a pas en commun qu'un rapprochement d'ordre alphabétique avec le CRSSS précédent. Il s'y fait aussi le défenseur d'une alliance avec la population, de manière à pouvoir dominer les établissements. Le CRSSS idéal possède une enveloppe budgétaire régionale globale avec laquelle il gère un réseau de services et non d'établissements, ces derniers voyant disparaître leur conseil d'administration au profit de conseils d'administration sous-régionaux.

Le CRSSS doit être représentatif de la population et des établissements indiquent presque à l'unanimité les permanents des établissements rencontrés. Bien que le CRSSS soit considéré par plusieurs comme un mal nécessaire, la plupart des directeurs généraux rencontrés croient qu'il doit posséder tous les leviers de pouvoir d'un véritable gouvernement régional et être le plus près possible de la population.

9.1.4 Le CRSSS "D"

Le directeur général du CRSSS "D" semble adopter une position paradoxale: d'une part il opte pour un conseil régional dirigé par un conseil d'administration élu par la population et où les établissements sont très peu représentés. D'autre part le rôle de ce CRSSS idéal en est un essentiellement administratif, par opposition à politique, et son approche en est une de concertation avec les établissements.

Du côté des permanents d'établissements, l'unanimité se fait autour d'un CRSSS "leader de contenu" effectuant une planification sérieuse, dirigé par un conseil d'administration composé de gestionnaires hors-réseau chevronnés. Ils divergent également d'opinion avec la haute direction de leur conseil régional en ce qui concerne le rôle des établissements: les commissions administratives seraient décisionnelles et corollairement, les pouvoirs des administrateurs du CRSSS moins importants qu'actuellement. Ils indiquent de plus que le CRSSS doit être plus revendicateur face au Ministère, faisant davantage la promotion des intérêts régionaux. Ils rejoignent les vues de la haute direction de leur conseil régional lorsqu'ils indiquent de manière largement majoritaire vouloir un CRSSS administratif par opposition à politique, un CRSSS devant favoriser les consensus inter-établissements.

9.1.5 Le CRSSS "E"

Ici aussi la haute direction du CRSSS souhaite une décentralisation plus poussée. Le CRSSS idéal fait une large place aux établissements et est dirigé par un conseil d'administration élu qui permettra à la région de se prendre en main. Par contre, le directeur général admet qu'un tel conseil régional serait plus politique que le CRSSS actuel.

Le même discours se retrouve du côté des établissements mais ils insistent davantage sur le rôle de collaborateur et de coordonnateur du CRSSS, sans droit d'ingérence dans leur gestion.

9.1.6 Le CRSSS "F"

Dans cette région du Québec le CRSSS idéal est dirigé par un sous-ministre en région selon le directeur général. Le Ministère à Québec couperait définitivement les ponts avec les établissements en région. Ce CRSSS déconcentré est essentiellement administratif et son conseil d'administration s'apparente davantage à un organisme consultatif à la direction du CRSSS. Il assure la gestion budgétaire des établissements et agit avec l'autorité du Ministère.

Pour les permanents d'établissements de cette région, la structure régionale est valable en autant qu'elle augmente la consultation auprès des établissements et qu'elle cesse d'être l'employée du Ministère en région. Au contraire, ils souhaitent un CRSSS plus "embarqué" du côté de la région, plus autonome face au Ministère.

9.1.7 Le CRSSS "G"

"Il faut être le partenaire du Ministère" souligne le directeur général de ce conseil régional qui ajoute que la coordination inter-établissements ne doit pas prendre le dessus sur la planification régionale. Le CRSSS idéal est doté de mandats autonomes face au Ministère, mandats dont les pouvoirs lui permettent de faire bouger les établissements "dans le sens voulu". Il lui revient de répartir les budgets de l'ensemble des services de santé et de services sociaux de la région. Ce CRSSS appuie sa légitimité sur un conseil d'administration élu au suffrage universel, jouant davantage "politique" qu'administratif. Cette vision est assez semblable à celles de ses homologues des CRSSS "B" et "C".

Quelques-uns des directeurs généraux rencontrés dans les établissements de cette région indiquent la disparition du CRSSS comme solution d'avenir. Pour la majorité cependant, le CRSSS idéal se doit de défendre les intérêts des établissements, de devenir un collaborateur qui renonce à les "mener". L'on parle même d'une coopérative d'établissements comme CRSSS idéal.

9.1.8 Le CRSSS "H"

Au moment des entrevues, ce conseil régional vient de changer de directeur général. Il semble y avoir une pente à remonter du côté de la collaboration avec les établissements. La nouvelle haute direction du CRSSS "H" désire que le CRSSS idéal obtienne un mandat important en matière de gestion budgétaire. Selon elle, les établissements ne s'opposent pas à ce que le CRSSS ait plus de pouvoirs puisque ce dernier agirait envers eux comme un animateur, un coordonnateur favorisant la concertation.

Les établissements semblent partager en partie ce point de vue: le CRSSS idéal consulte les établissements et travaille en complémentarité avec eux. Toutefois il ne devrait pas avoir de mandats "directifs", comme par exemple la répartition du budget des établissements... Ils insistent également sur l'autonomie du CRSSS face au Ministère.

9.1.9 Le CRSSS "I"

Le directeur général du conseil régional envisage le CRSSS idéal comme un organisme plus décisionnel, moins "conseiller" du Ministère. Il veut obtenir les "commandes" et être responsable de tout le secteur de la programmation, en association constante avec les établissements.

Du côté de ces derniers, c'est presque à l'unisson qu'ils soulignent que le CRSSS idéal n'a de contrôle ni sur le budget, ni sur la vocation des établissements. Il se doit d'adopter un modèle participatif où son rôle face au Ministère en soit un de contestataire et de pression. Il faut que la population trouve de l'intérêt à choisir avec les établissements les priorités qui l'intéressent. Une décentralisation donc, mais orientée d'abord et avant tout vers la population et les établissements, au détriment du Ministère qui doit respecter davantage le CRSSS.

9.1.10 Le CRSSS "J"

Le directeur général du CRSSS "J" voit le CRSSS idéal comme un organisme jouissant d'une plus grande autonomie financière et d'une responsabilité pleine et entière par rapport à certains secteurs de la santé et des services sociaux. C'est un CRSSS administratif où l'ingérence politique en provenance des établissements est bannie: Les corporations d'établissements sont abolies au seul profit d'un conseil d'administration composé d'élus au CRSSS. Cette position s'apparente à celles déjà exprimées par les directeurs généraux des CRSSS "B", "C" et "G".

"Ecouter, supporter, animer la région" voilà résumé le CRSSS idéal selon la plupart des permanents des établissements rencontrés. Pour la majorité des répondants, ce CRSSS aurait plus de pouvoirs décisionnels, il s'appuierait sur un conseil d'administration élu et jouerait un rôle politique.

9.1.11 Le CRSSS "K"

Au CRSSS "K", le directeur général indique qu'il conçoit le CRSSS idéal comme un organisme complètement décentralisé, avec des pouvoirs importants telle la possibilité de taxation et un conseil élu par la population. "Il faut remettre à la région ses ressources" ajoute-t-il, rejoignant encore une fois le point de vue de plusieurs permanents, tant dans les CRSSS que chez les établissements.

Les permanents rencontrés dans les différents types d'établissements de cette région terminent notre tournée en indiquant, comme ce fut le cas dans d'autres régions, que le CRSSS idéal doit être un organisme consultatif au réseau d'établissements, un organisme qui répond aux besoins de ce

réseau. Le CRSSS idéal a, de plus, à procéder à l'identification des besoins et à l'élaboration d'une planification régionale en étroite coopération avec les établissements.

Voilà qui complète ce tour du Québec. Le reste du chapitre va tenter une première analyse structurale de ces réponses en procédant préalablement à certains regroupements.

9.2 Une analyse structurale des préférences de certains directeurs généraux de CRSSS et d'établissements

Notons préalablement qu'il faudra encore une fois relever la différence entre d'une part la forme du multigraphe, qui correspond à la situation du système à l'échelle du Québec et d'autre part le sous-graphe correspondant à une région (MASS-CRSSSx-POPU-ETABn).

Par contre, et contrairement aux multigraphes des séries précédentes, les données ne permettent pas de distinguer les différents niveaux de substrat. Aussi les multigraphes montrent-ils seulement des connexions souhaitées de manière générale, pour l'ensemble des substrats identifiés.

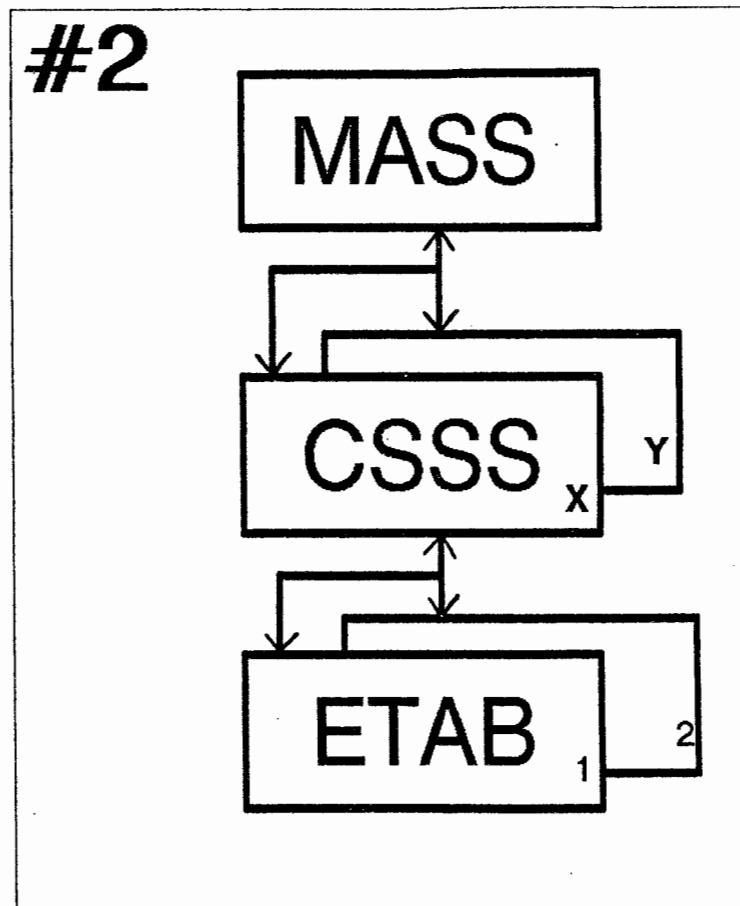
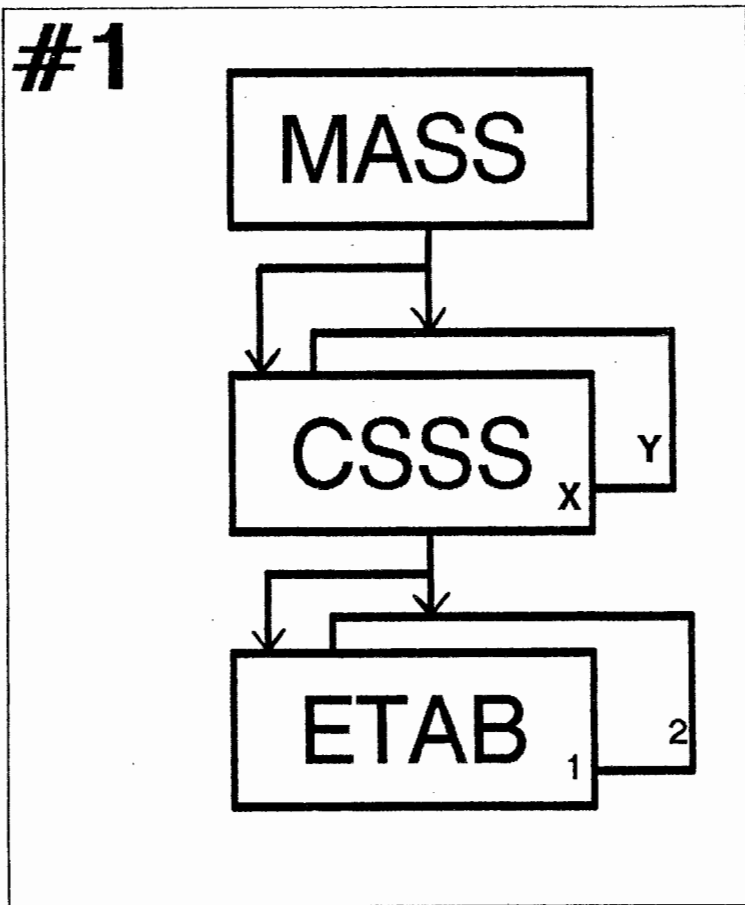
Enfin il faut souligner que les regroupements des réponses des permanents sont, à dessin, caricaturaux. Il nous est apparu que ces réponses peuvent être représentées au moyen de quatre multigraphes (multigraphes/ série 8).

Le multigraphe #1 est quasi-fortement connexe. Dans ce système de forme hiérarchique, le Ministère occupe à la fois une position de centre et d'articulateur puisqu'il est le seul à pouvoir atteindre tous les postes. Il est également l'un de ceux, avec les CRSSS, dont la disparition rendrait le multigraphe non-connexe. Les conseils régionaux sont des articulateurs entre d'une part le Ministère et d'autre part les établissements. Quant à ces derniers, ils occupent une position de marginal: ils ne peuvent atteindre aucun autre poste.

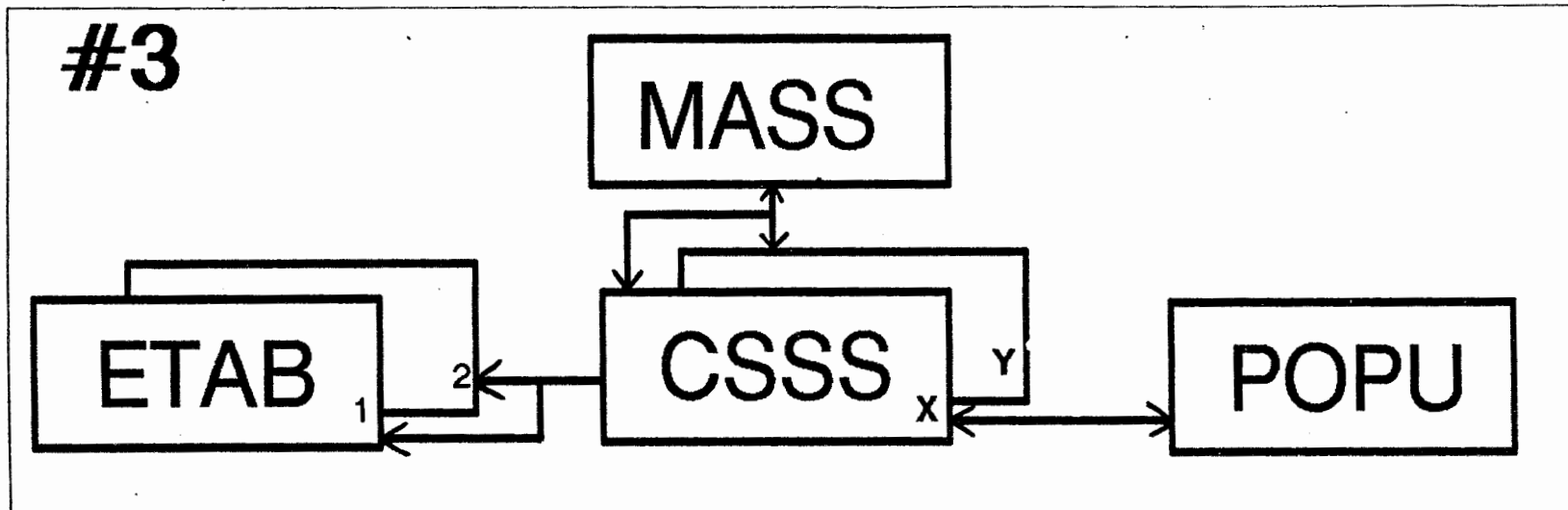
Le sous-graphe régional formé de MASS-CSSSx-ETABn est également quasi-fortement connexe. Le Ministère y occupe une position de centre. Le conseil régional est à la tête d'une hiérarchie régionale où les établissements demeurent en position de marginal.

Le multigraphe #2 représente un système de forme coarchique où il existe deux chemins reliant en sens opposé deux postes, quelqu'ils soient. Le Ministère occupe encore une position de centre et d'articulateur, les CRSSS celle d'articulateur également. Les établissements, pour leur part, se retrouvent en position de mitoyen. Le sous-graphe régional est également coarchique puisqu'en passant par le conseil régional, tous les établissements peuvent se

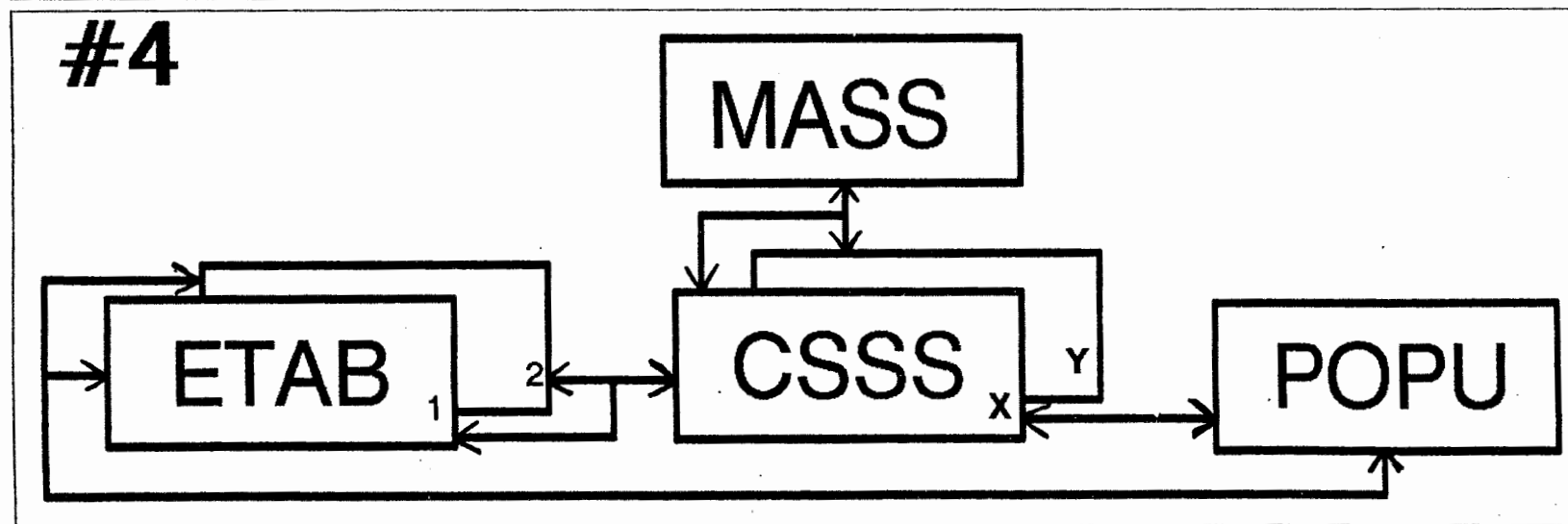
MULTIGRAPHES\ SERIE 8. Préférences face au conseil régional idéal selon certains permanents de CRSSS et d'établissements, par région, 1984 – 85.



MULTIGRAPHERS\ SERIE 8. (suite) Préférences face au conseil régional idéal selon certains permanents de CRSSS et d'établissements, par région, 1984 – 85.



204



rejoindre dans les deux sens. A noter que le CRSSS occupe à la fois la position de centre et d'articulateur, le Ministère et les établissements se partageant des positions de mitoyens.

Une forte préoccupation des répondants pour faire de la population un partenaire à part entière du "réseau" socio-sanitaire distingue les multigraphes #3 et #4 des deux précédents.

Cette préoccupation se traduit au multigraphe #3 par les relations bilatérales positives reliant population à conseil régional. Cependant, les établissements demeurent ici sous le contrôle des CRSSS, occupant encore une fois une position de marginal dans une structure hiérarchique où le Ministère est à la fois centre et articulateur. Les CRSSS sont des articulateurs entre établissements, Ministère et population. Cette dernière devient un mitoyen. Lorsque nous examinons la situation à l'échelon régional, peu de postes voient leur position modifiée: seul le Ministère perd sa position de centre au profit du CRSSS.

Enfin le multigraphe #4 est fortement connexe: toutes les relations sont positives et bilatérales, permettant ainsi une relation dans les deux sens entre tous les postes formant le système à l'étude. L'examen du sous-graphe régional fait voir un sous-système dont la forme est également coarchique. Dans un cas comme dans l'autre, la population n'obtient pas une meilleure position qu'au multigraphe #3 et demeure un mitoyen. Les établissements améliorent leur position en devenant aussi des mitoyens. Lorsque le multigraphe est considéré en entier, les CRSSS occupent une position d'articulateur alors qu'ils s'approprient en plus celle de centre dans le sous-graphe régional. Finalement, le Ministère occupe des positions identiques à celles du multigraphe #3: centre et articulateur inter-régional, mitoyen au niveau du sous-graphe régional.

9.3 Une typologie du CRSSS idéal

Ainsi, cette première analyse révèle que certains permanents, tant dans les conseils régionaux que dans les établissements, font une place importante à la population lorsqu'ils décrivent le CRSSS idéal (multigraphes #3 et #4). C'est le cas notamment des permanents de huit des onze CRSSS: "A", "B", "C", "D", "E", "G", "J" et "K". Cette tendance chez les permanents de conseils régionaux avait déjà été relevée par Bhérier qui mentionne que "Les permanents (des CRSSS), presque unanimement, souhaitent une plus grande représentation des hors-réseau au sein des conseils d'administration des CRSSS (1986:44)."

Les permanents rencontrés dans les établissements de cinq régions "B", "C", "E", "I" et "J" partagent, en général, largement ce point de vue.

Corollairement les répondants de trois CRSSS et des établissements de six régions voient surtout le CRSSS idéal comme élément d'une structure organisationnelle où la population n'occupe pas une place importante (multigraphes #1 et #2).

L'analyse des réponses permet également de constater que les regroupements régionaux de permanents rencontrés peuvent avoir une vision très différente du genre de relations devant unir le conseil régional avec les établissements de sa région. D'une part il y a ceux pour qui le CRSSS idéal est un patron (multigraphes #1 et #3): le patron des établissements de sa région, et ce avec ou sans la participation de la population. Nous retrouvons ici essentiellement les permanents de cinq CRSSS: ceux des régions "B", "C", "F", "G" et "J". D'autre part plusieurs de nos regroupements régionaux de permanents (multigraphes #2 et #4) perçoivent le CRSSS idéal comme un allié des établissements, que ce soit avec ou sans la participation de la population.

Ces deux dimensions, participation de la population d'une part, alliance avec les établissements d'autre part, peuvent être jointes dans une grille où chacune des permanences décrites précédemment sera située (schéma 3).

Reprenons donc sommairement, mais cette fois-ci de manière métaphorique, le profil de chacun des types de CRSSS idéal.

9.3.1 Le "lieutenant autocrate"

Ce conseil régional s'inscrit dans un ordre hiérarchique bien défini. A l'image de l'armée, un général (ministre de la Santé et des Services sociaux) exerce un pouvoir "officiel" indiscutable sur les troupes sous son commandement. Les ordres sont notifiés par voie hiérarchique par l'entremise d'officiers et de sous-officiers. A l'échelon de son unité (la région), il faut obligatoirement passer par ce lieutenant. Il y est le plus haut gradé et entend bien le demeurer: pas question pour les autres de fraterniser avec qui que ce soit au quartier général (Ministère)!

Un seul directeur général de CRSSS s'est identifié de la sorte au moment des entrevues. Il semble que ses collègues des autres CRSSS ne veulent pas s'appuyer sur les règles officielles et les jouer de façon aussi stricte. Toutefois, certains rejoignent sa position sur au moins un aspect, mais jouent d'une manière différente. C'est le cas des "lieutenants démocrates".

Schéma 3. Quatre types de CRSSS idéal selon certains permanents de CRSSS et d'établissements, par région, 1984 – 85.

		FORME DE LA STRUCTURE	
		HIERARCHIE	COARCHIE
POPULATION PRESENTE	ABSENTE	<p>LE LIEUTENANT AUTOCRATE</p> <p><i>Permanence du CRSSS "F"</i></p>	<p>L'ALLIE DES ETABLISSEMENTS</p> <p><i>Permanence du CRSSS "H"</i> <i>Permanence du CRSSS "I"</i> <i>Permanence des é. région "A"</i> <i>Permanence des é. région "D"</i> <i>Permanence des é. région "F"</i> <i>Permanence des é. région "G"</i> <i>Permanence des é. région "H"</i> <i>Permanence des é. région "K"</i></p>
	PRESENTE	<p>LE LIEUTENANT DEMOCRATE</p> <p><i>Permanence du CRSSS "B"</i> <i>Permanence du CRSSS "C"</i> <i>Permanence du CRSSS "G"</i> <i>Permanence du CRSSS "J"</i></p>	<p>L'ALLIE DE LA REGION</p> <p><i>Permanence du CRSSS "A"</i> <i>Permanence du CRSSS "D"</i> <i>Permanence du CRSSS "E"</i> <i>Permanence du CRSSS "K"</i> <i>Permanence des é. région "B"</i> <i>Permanence des é. région "C"</i> <i>Permanence des é. région "E"</i> <i>Permanence des é. région "I"</i> <i>Permanence des é. région "J"</i></p>

9.3.2 Le "lieutenant démocrate"

En plus d'être davantage un stratège, le lieutenant démocrate a de l'ambition. Il est cependant tout aussi intéressé que le lieutenant autocrate à exercer un certain contrôle sur ses troupes. Son goût pour l'autonomie et même pour la revendication face à ses supérieurs le distingue nettement du lieutenant autocrate. Seul, il sait qu'il ne pourra parvenir à ses fins. Et puisqu'il préfère idéalement demeurer régionalement le "chef", il ne peut compter sur les établissements. L'ouverture à la population peut s'expliquer ainsi. Celle-ci permettra d'exercer des pressions qu'il ne peut envisager poser seul, à la fois sur ses troupes (établissements) pour qu'elles se conforment à ses "ordres", et sur la hiérarchie supérieure pour faire valoir la légitimité de son point de vue.

Les directeurs généraux de quatre conseils régionaux partageaient cette vision du CRSSS idéal. Toutefois il existe, à l'opposé, d'autres directeurs généraux de CRSSS pour qui l'alliance avec les établissements est primordiale: les alliés des établissements.

9.3.3. "L'allié des établissements"

Si l'armée est une grande famille, elle en est une d'un type où l'autorité occupe une place prépondérante. Au contraire, c'est la collégialité qui est à la mode dans la famille de l'allié des établissements. On se rencontre, entre frères et soeurs, chez des parents qui croient que le dialogue est important et les décisions le fruit de réflexions conjointes. Chacun peut exprimer son point de vue. Bien sûr, il y en a qui ont un pouvoir de persuasion plus important, d'autres qui vont tenter de passer par un oncle pour influencer le paternel, mais dans cette vision du CRSSS idéal, la collégialité est de rigueur. La plupart cependant souhaitent que cela reste essentiellement une affaire de famille: pas question d'inviter les voisins, ou pire encore, des inconnus à nos réunions! L'allié des établissements définit davantage son action dans le cadre strict du réseau régional public de la santé et des services sociaux. Dès lors il est prêt à frapper du poing sur la table pour obtenir auprès des autorités ce que le conseil de famille revendique. Le cadre de ses revendications s'arrête généralement là.

Comme nous le constatons au schéma 3, c'est un modèle de CRSSS idéal répandu, davantage chez les répondants d'établissements. La population est absente de ce modèle, au contraire du prochain.

DISCUSSION GENERALE

CHAPITRE 10

Tout au long de la seconde partie, l'analyse structurale pour chacune des périodes a déjà été effectuée, depuis les recommandations contenues dans le rapport de la Commission Castonguay-Nepveu jusqu'à celles de la Commission Rochon, en passant par l'inventaire exhaustif des mandats confiés aux conseils régionaux pendant l'intervalle de près de 20 ans séparant ces deux commissions d'enquête. Le huitième chapitre représente une synthèse des résultats des quatre chapitres précédents. Au neuvième chapitre, une analyse similaire a été effectuée pour étudier les données relatives aux perceptions de certains directeurs généraux de CRSSS et d'établissements face au CRSSS idéal. Dans ce contexte où une partie substantielle de la discussion concernant l'analyse des données a déjà été effectuée, le présent chapitre aborde dans un premier temps la question de la vérification de la loi structurale à partir de nos résultats. Il a également pour objectif de mettre en relief certaines limites de cette loi du jeu politique, ce qui nous amènera à en proposer un raffinement.

10.1 Vérification de la loi structurale

Il faut rappeler que la recherche a porté essentiellement sur les ordres conçus par opposition aux ordres vécus, selon la distinction de Lévi-Strauss (cf 1.3.2). La loi sera vérifiée tout d'abord eu égard aux ordres conçus de nature institutionnelle, puis à ceux de nature idéale. Ces derniers comprennent les travaux des deux commissions d'enquête de même que la perception de directeurs généraux d'établissements et de CRSSS face au CRSSS idéal. Les premiers représentent les principaux ordres conçus par le gouvernement du Québec et le Ministère relativement au domaine de la santé et des services sociaux: lois, décrets, circulaires publiées entre le 21 décembre 1971 et le 31 décembre 1987.

Les ordres conçus de nature institutionnelle représentent les attentes des acteurs les plus puissants (selon ces mêmes ordres), en l'occurrence le gouvernement du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans sa vérification de la théorie, Lemieux considère le gouvernement, incluant le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme l'acteur le plus puissant (Lemieux 1979a: 181). Selon la théorie, les acteurs les plus puissants tendent à la hiérarchie, tout en préférant la stratarchie à la coarchie.

Dans le cas des ordres conçus de nature idéale, les commissions d'enquête peuvent être considérées dans "l'échelle de la puissance" de Lemieux comme des acteurs de forte puissance compte tenu de leurs mandats et du fait qu'elles aient été créées par le gouvernement pour lui soumettre des recommandations.

Ensuite, l'analyse structurale de la perception des directeurs généraux de CRSSS du CRSSS idéal permet de vérifier si ces acteurs, dont la puissance est moyenne selon Lemieux, tendent davantage à la stratarchie, tout en préférant l'anarchie à la hiérarchie.

Enfin, Lemieux considère les établissements dans leur ensemble comme des acteurs de plus faible puissance que les précédents. Il précise cependant que certains établissements (gros centres hospitaliers par exemple) de même que les associations de professionnels peuvent être considérées comme des acteurs de puissance moyenne. Cette distinction semble toutefois s'appuyer sur les ordres vécus car, au niveau des ordres conçus de nature institutionnelle, rien ne semble la justifier. Pour cette raison, les directeurs généraux d'établissements rencontrés sont tous assimilés à des acteurs de faible puissance dans notre recherche: c'est là la puissance que leur confère les ordres conçus de nature institutionnelle étudiés. Il faut vérifier si ces acteurs de puissance faible tendent à la coarchie, tout en préférant la hiérarchie ou même l'anarchie à la stratarchie.

10.1.1 Les acteurs les plus puissants.

"Les acteurs les plus puissants cherchent à établir ou à maintenir une structuration hiérarchique des connexions de contrôle ou, du moins, des plus déterminantes d'entre elles. De plus ces acteurs préfèrent la stratarchie à la coarchie."

L'analyse des ordres conçus de nature institutionnelle édictés par le gouvernement du Québec pour le secteur de la santé et des services sociaux depuis le début des années 1970 semble devoir confirmer ce volet de la théorie structurale (tableau 25). Le gouvernement du Québec, dès 1971, accepte une forme coarchique des relations de contrôle au niveau du substrat le moins déterminant, soit l'information circulante. Nous avons déjà prévu que la coarchie a des chances de se réaliser pour les contrôles relatif à ce niveau de substrat (Lemieux, Turgeon 1980: 708). Les multigraphes relatifs à ce niveau de substrat sont fortement connexes quelque soit la période étudiée, suggérant ainsi une collégialité entre les postes du système socio-sanitaire.

Pour les quatre niveaux suivants, soit respectivement celui sur les ressources matérielles et humaines, celui sur les ressources monétaires, les statuts et sur l'information structurante, la forme du système socio-sanitaire provincial est hiérarchique, sauf en ce qui concerne la période 1978-1981 relativement aux contrôles relatifs au second

Tableau 25. Vérification de la théorie structurale selon les différentes formes par niveau de substrat et période, pour l'ensemble des relations de contrôle.

		*	NIVEAU DE SUBSTRAT				
			1	2	3	4	5
PREVISION DE LA LOI (1)			Indéterminé	Indéterminé	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
RESULTATS PAR PERIODE	Commission Castonguay	P R	Coarchie Coarchie	Anarchie Anarchie	Hiérarchie Hiérarchie	Hiérarchie Hiérarchie	Hiérarchie Hiérarchie
	Loi 65 (1971)	P R	Coarchie Coarchie	Hiérarchie Hiérarchie	Hiérarchie Hiérarchie	Hiérarchie Hiérarchie	Hiérarchie Hiérarchie
	1972 - 1977	P	Coarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
		R	Coarchie	Stratarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
	1978 - 81	P	Coarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie
		R	Coarchie	Stratarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Stratarchie
	Loi 27 (1981)		Coarchie	Hiérarchie	- - -	Hiérarchie	Hiérarchie
		R	Coarchie	Stratarchie	- - -	Hiérarchie	Hiérarchie
1982 - 1987	P	Coarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	Hiérarchie	
	R	Coarchie	Stratarchie	Stratarchie	Hiérarchie	Stratarchie	
Commission Rochon	P R	Coarchie Coarchie	Hiérarchie Stratarchie	Hiérarchie Stratarchie	Hiérarchie Hiérarchie	Hiérarchie Hiérarchie	

NOTES.

(1) Prévion pour les acteurs les plus puissants.

* P: forme du système socio - sanitaire (Québec).

R: forme du sous - système régional.

niveau où il y a stratarchie. La forme du sous-système régional est pour sa part au mieux stratarchique pour ces quatre niveaux de substrat.

Cependant il y a eu tout de même une certaine évolution depuis 1971. Alors qu'à l'époque le gouvernement du Québec consacrait dans la Loi 65 (1971) le ministère des Affaires sociales dans sa position de centre unique du réseau socio-sanitaire, il a permis au fil des années que d'autres acteurs accèdent à cette position. Tout d'abord, et plus particulièrement à partir de 1977, aux conseils régionaux et dans une moindre mesure aux établissements (avec la création des commissions administratives régionales), mais relativement à des niveaux de substrat peu déterminants. Egaleme nt au Conseil du trésor, à partir surtout de 1981, en ce qui concerne cette fois les niveaux de substrat les plus déterminants. Il y a donc un double mouvement, à la fois de décentralisation vers les régions et les postes qui s'y trouvent et de centralisation avec l'importance accrue du Conseil du trésor se reflétant par la position de centre qu'il partage dorénavant avec le Ministère.

Depuis près de 20 ans le gouvernement du Québec conserve par rapport à l'ensemble du territoire québécois une structuration hiérarchique des relations de contrôle, du moins des plus déterminantes d'entre elles (celles relatives aux statuts et à l'information structurante). Un mouvement de décentralisation est perceptible lorsque nous analysons la situation à l'échelon régional. Toutefois en aucun cas le Ministère ne perd sa position de centre. Il ne fait que la partager, relativement à des niveaux de substrat peu déterminants, avec les conseils régionaux, les établissements ou avec le Conseil du trésor. Notre recherche vient donc valider le premier énoncé de la loi structurale.

10.1.2 Les acteurs de puissance moyenne

"Les acteurs dont la puissance est moyenne (conseils régionaux de la santé et des services sociaux) chercheraient eux à établir une structuration stratarchique, où tout en étant contrôlé par le centre, ils dominent les acteurs moins puissants. De plus ces acteurs préféreraient la coarchie ou même l'anarchie à la hiérarchie."

Les résultats relativement à ces acteurs (de même qu'aux acteurs les moins puissants) et à leurs préférences s'appuient sur des données moins diversifiées et plus "fragiles" figurant au chapitre neuf. Ils sont donc d'un degré de fiabilité moindre que ceux relatifs aux acteurs de forte puissance. Néanmoins, les résultats semblent à première vue vouloir infirmer le second énoncé de la théorie (tableau 26). En effet les directeurs généraux de CRSSS ont une perception du CRSSS idéal qui ne correspond pas aux

Tableau 26. Les préférences des acteurs de puissance moyenne et faible, prévision de la loi et résultats de la recherche.

		*	PREFERENCES (CHOIX)		
PREVISION DE LA LOI			PREMIER	SECOND	TROISIEME
	Acteur de puissance moyenne		Stratarchie	Anarch. ou coarc.	Hiérarchie
	Acteur de faible puissance		Coarchie	Anarch. ou hiér.	Stratarchie
RESULTATS	Directeurs généraux de CRSSS (Acteurs de puissance moyenne)	P	Stratarchie: Aucun Coarchie: "A" "D" "E" "H" "I" "K" ⁽¹⁾ Hiérarchie: "B" "C" "F" "G" "J"		
		R	Stratarchie: "B" "C" "G" "J" Coarchie: "A" "D" "E" "H" "I" "K" Hiérarchie: "F"		
	Directeurs généraux d'établissements (Acteurs de faible puissance)	P	Coarchie: "A" "B" "C" "D" "E" "F" "G" "H" "I" "J" "K" Hiérarchie: Aucun Stratarchie: Aucun		
		R	Coarchie: "A" "B" "C" "D" "E" "F" "G" "H" "I" "J" "K" Hiérarchie: Aucun Stratarchie: Aucun		

NOTES.

(1) Résultats par CRSSS, selon le code employé au chapitre 9.

- * P: forme du système socio – sanitaire (Québec).
R: forme du sous – système régional.

prévisions de la théorie structurale, à tout le moins si ils sont tous considérés comme des acteurs de puissance moyenne comme l'exprime les ordres conçus de nature institutionnelle.

Ainsi, un des directeurs généraux (CRSSS "F") privilégie une structuration hiérarchique des relations de contrôle, à la fois aux échelons provincial et régional (cf multigraphes\ série 8, #1). Quatre de ses confrères opéreraient idéalement pour un CRSSS intégré dans une structure provinciale hiérarchisée, mais stratarchisée à l'échelon régional (cf multigraphes\ série 8, #3), c'est à dire où tout en étant contrôlé par le centre il contrôle lui-même la périphérie. Enfin les six autres directeurs généraux de CRSSS envisagent (idéalement) une structuration coarchique des relations de contrôle (cf multigraphes\ série 8, #2 et #4). La stratarchie, qui devrait selon la théorie être préférée par les acteurs de puissance moyenne, ne semble pas obtenir la faveur populaire.

10.1.3 Les acteurs de faible puissance

"Les acteurs les moins puissants cherchent à établir une structuration coarchique des connexions de contrôle, où chaque acteur puisse contrôler chacun des autres, de façon directe ou indirecte."

Outre leur différend quant au rôle de la population au sein du CRSSS idéal, la grande majorité des directeurs généraux d'établissements rencontrés opte pour la coarchie comme forme privilégiée de la structure du système socio-sanitaire (tableau 26). Les réponses des directeurs généraux de gros CH à propos du CRSSS idéal ne diffèrent pas de celles de leurs collègues d'établissements plus modestes. Cependant le nombre de directeurs généraux rencontrés n'est pas très grand pour chaque catégorie d'établissements (22, soit deux par région). Dans l'ensemble, les réponses des permanents des établissements viennent confirmer la validité de la loi structurale.

En résumé, nos travaux corroborent l'énoncé de la théorie structurale du politique selon lequel les acteurs les plus puissants recherchent une structuration hiérarchique des relations de contrôle à l'intérieur du système socio-sanitaire québécois de même que celui indiquant que les acteurs de faible puissance recherchent la coarchie. Cependant dans le cas des acteurs dont la puissance est moyenne, les résultats viennent contredire, en partie tout au moins, le second énoncé de la théorie.

10.1.4 Les deux commissions d'enquête

Les recommandations de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1973) de même que celles sur les services de santé et les services sociaux (1988) sont des ordres conçus de nature idéale. Ces commissions, compte tenu de l'importance de la nature de leurs mandats, et du fait qu'elles sont créées par le gouvernement pour lui faire des recommandations, sont plus près des acteurs les plus puissants que des deux autres.

De manière générale, lorsque transposées sous forme de multigraphes, les recommandations de la Commission Castonguay- Nepveu de même que celles de la Commission Rochon proposent en quelque sorte que la forme du système socio-sanitaire, englobant à la fois les différents postes et l'ensemble des relations de contrôle entre eux, soit hiérarchisée, du moins aux niveaux des substrats les plus déterminants (tableau 25). Le rapport Rochon opte cependant, au niveau des contrôles sur les ressources monétaires, matérielles, humaines et les services pour une forme stratarchique du système socio-sanitaire en ce qui concerne les programmes de portée régionale.

De telles propositions ne sont pas sans analogie avec les ordres conçus de nature institutionnelle rédigés depuis près de 20 ans par le gouvernement du Québec, plus spécialement par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces ordres idéaux vont dans le sens de perpétuer une forme hiérarchique des relations de contrôle, du moins des plus déterminantes d'entre elles. Pour Lesemann les recommandations du rapport Rochon relèvent d'une utopie technocratique qui consiste à postuler qu'on peut réorienter un système par un effort de rationalité et de planification accru (Lesemann 1988: 138), ce que démontre bien l'analyse structurale qui en a été faite au septième chapitre de la thèse.

10.2 Les limites actuelles de la théorie structurale

Notre recherche confirme généralement la valeur prédictive de la théorie structurale proposée initialement par Lemieux en 1979. Cependant il est apparu qu'elle souffre de deux lacunes que nous identifions comme étant: 1) la difficulté à déterminer la puissance des acteurs et 2) l'ambiguïté d'interprétation de la loi lorsque confrontée aux différences qui peuvent exister dans la forme, dépendamment de l'échelon (provincial, régional, etc) d'analyse.

10.2.1 La puissance des acteurs

En analysant comme nous l'avons dans cette thèse les ordres conçus de nature institutionnelle, il est relativement simple de poser qui devraient être, selon ces mêmes ordres, les acteurs les plus puissants, les acteurs de puissance moyenne et les acteurs les plus faibles. D'ailleurs Lemieux semble faire une association entre l'échelon (national, etc) où se situe un acteur et sa puissance: les CRSSS sont jugés de puissance moyenne, le Ministère de forte puissance et les petits établissements de faible puissance. Il y aurait des exceptions: certains gros établissements, du domaine de la santé surtout, de même que les associations de professionnels ou d'établissements qui sont classés par Lemieux comme des acteurs de puissance moyenne, a priori.

L'analyse au chapitre neuf d'ordres conçus de nature idéale indique que la démarcation n'est plus aussi claire. Par exemple, les préférences du directeur général d'un gros centre hospitalier universitaire sont-elles celles d'un acteur de puissance faible, moyenne ou forte? Du strict point de vue des ordres conçus de nature institutionnelle, cet acteur semble de faible puissance. Cependant, du point de vue des ordres vécus, ou pour employer le langage de la cybernétique, des performances observées, il faudrait mener une analyse stratégique de manière à pouvoir vérifier si ce directeur général est de fait un acteur de puissance faible, moyenne ou forte dans une situation donnée. Corollairement, un même acteur (poste), peut également être de faible puissance en ce qui a trait aux performances désirées mais un acteur puissant en ce qui concerne les ordres vécus. Voilà une distinction qui ne se retrouve pas dans la formulation actuelle de la loi.

10.2.2 La non-spécification de l'échelon où s'applique la théorie

La théorie est muette sur le fait que des formes différentes sont observées selon l'échelon (régional, etc) d'analyse. Comme nous avons été à même de le constater, la prise en compte de cette dimension peut modifier substantiellement les conclusions de l'analyse. Par exemple, eu égard aux préférences de certains directeurs généraux de CRSSS, la forme du système socio-sanitaire québécois dans son ensemble est hiérarchique mais celle du sous-système régional stratarchique (tableau 26). Dans un cas la théorie est infirmée, dans l'autre confirmée!

Pour conclure sur cette question des limites actuelles de la loi structurale, notons que même si elle s'appuie solidement sur la théorie des jeux et les jeux d'influence, donc laissant en principe place à une marge de manoeuvre, à une flexibilité pour l'individu, la théorie structurale proposée

initialement par Lemieux semble s'inscrire davantage dans ce que Landry (1984) appelle le paradigme institutionnaliste. Le postulat central de ce paradigme est à l'effet que les institutions déterminent les décisions des individus et les caractéristiques des biens issus de l'action collective (Landry 1984: 7). La théorie structurale étudiée semble corroborer cette vision. Par exemple, le fait pour un individu de faire partie d'un conseil régional déterminerait ses préférences et stratégies a priori relativement à la forme (stratarchique) de la structure du système dont il fait partie. C'est du moins la lecture que nous faisons de la loi dans sa forme actuelle.

En résumé, il serait pertinent de pouvoir compléter la théorie en la raffinant pour deux dimensions: plus grande spécification à la fois des acteurs et de l'échelon (système, sous-système, etc). C'est ce que nous proposons de faire à titre d'essai dans la sous-section suivante.

10.3 Raffinement de la théorie structurale

Le raffinement de la théorie s'articulera donc autour de deux idées: spécification des acteurs, spécification de l'échelon (système, sous-système, etc). Il faut souligner avant d'en débiter la rédaction que ces propositions ont pour but de compléter la théorie structurale ébauchée, non d'en suggérer une nouvelle, et qu'elles sont soumises à titre provisoire.

10.3.1 Une plus grande spécification des acteurs

10.3.1.1 Des alliances ou coalitions d'acteurs regroupés autour d'enjeux

Dans un système (socio-sanitaire par exemple), des coalitions, ou plus généralement des alliances peuvent se produire, soit à l'intérieur d'un même poste (un centre hospitalier par exemple) ou entre des postes différents, en vue d'enjeux. Par exemple, Mintzberg émet l'hypothèse suivante:

"(...) les cadres dirigeants poussent à la centralisation horizontale aussi bien que verticale; les cadres de la ligne hiérarchique essaient d'obtenir une décentralisation verticale au moins jusqu'à leur propre niveau, et une centralisation horizontale qui laisse le pouvoir aux hiérarchiques plutôt qu'aux fonctionnels; ces derniers, eux, poussent à la décentralisation horizontale, et les opérateurs recherchent la décentralisation horizontale et verticale, au niveau du centre opérationnel (Mintzberg 1982: 261)."

Les cadres dirigeants, ceux de la ligne hiérarchique, les fonctionnels et les opérateurs pourraient être considérés comme autant de coalitions possibles à l'intérieur d'une même organisation. De même, de telles coalitions pourraient se trouver dispersées en différentes organisations (postes) dans un système.

Traduites en terme d'analyse structurale, les propositions de Mintzberg indiquent que ces coalitions recherchent des formes différentes de structure pour l'organisation, ou plus généralement le système. Les cadres dirigeants recherchent la hiérarchie, alors que les cadres de la ligne hiérarchique (CRSSS) recherchent la stratarchie. Les établissements préfèrent pour leur part la coarchie. Les médecins confèrent une structure anarchique au système de par leur comportement lorsqu'ils sont considérés non plus individuellement, comme de simples opérateurs à l'intérieur d'un établissement, mais sous l'angle plus "collectif" de leur fonction "staff", c'est à dire comme une coalition de fonctionnels par rapport au reste du système socio-sanitaire.

Cette proposition théorique de Mintzberg, tout comme la traduction qui vient d'en être faite, n'est pas sans analogie avec une récente recherche de Lemieux (1989) dans laquelle il fait référence à différentes alliances (médicale, socio-sanitaire, bureaucratique, managériale) qui chercheraient à maintenir chacune une structuration différente des relations de pouvoir pour le système socio-sanitaire. L'intérêt de cette proposition, par rapport à la première formulation de la théorie structurale, est de situer les acteurs dans des rôles (managériaux ici) qui ne sont pas avant tout exprimés en terme de puissance (forte, moyenne, faible).

Ce découpage, s'il peut paraître valable dans le cas des ordres conçus de nature institutionnelle, peut néanmoins s'avérer erroné eu égard aux ordres vécus ou aux préférences des acteurs. En effet, il est possible que des individus, indépendamment de la position officielle qu'ils occupent dans le système, veuillent faire partie d'une coalition différente de celle suggérée pour eux par Mintzberg. Dans notre propre recherche par exemple, les directeurs généraux de plusieurs CRSSS ("A" "D" "E" "H" "I" "K") disent préférer idéalement la coarchie à la stratarchie, bien qu'ils soient considérés comme des cadres de la ligne hiérarchique. L'idée de coalition ouvre donc des perspectives intéressantes en permettant de distinguer, davantage que ne le fait la théorie structurale telle que rédigée actuellement, des réseaux regroupant des acteurs possédant un même objectif relativement à un enjeu et non plus uniquement en fonction du poste (organisation) où ils se situent.

10.3.1.2 Position privilégiée par les acteurs

La catégorisation des acteurs en terme de puissance est relativement facile à effectuer lors de l'analyse des ordres conçus de nature institutionnelle, mais d'un emploi plus complexe dans le cas de l'étude des performances observées. Pour remédier en partie à cette situation, nous proposons une référence plus explicite à la notion de position telle que définie par la théorie des graphes. Pour ce faire, nous nous inspirons d'une hypothèse de Crozier et Friedberg:

"Nous pensons (...) pouvoir faire légitimement l'hypothèse que derrière la diversité des configurations particulières, une même logique est à l'oeuvre qui structure les stratégies des différents acteurs et partant, conditionne les jeux auxquels ils se livrent. Cette logique, paradoxalement pour une société dite libérale, (...) est une logique de monopole (...) chacun cherche à s'imposer à l'autre comme le seul interlocuteur possible tout en essayant de se ménager à soi-même des solutions et des partenaires de rechange (Crozier et Friedberg 1977: 145)."

La transposition en terme de théorie structurale de cette hypothèse réfèrera pour nous à la position de centre que tous rechercheraient et, corollairement, à celles de mitoyen et de marginal qui représentent des positions dans lesquelles les acteurs ne veulent pas se retrouver à l'intérieur du système.

10.3.2 Equilibre local, régional et global

Le raffinement de la théorie devrait permettre également de tenir compte de la distinction entre échelons (provincial, régional, local) où se situent les acteurs.

En résumé, la théorie structurale pourrait être complétée en indiquant que des coalitions d'acteurs (individus ou postes) peuvent se manifester indépendamment de la position officielle (ordre conçu de nature institutionnelle) de chacun. De plus ces coalitions d'acteurs seront vus comme autant de monopoleurs, au sens de Crozier et Friedberg, monopoleurs qui tentent de demeurer ou de se retrouver en position de centre, soit à l'intérieur du système ou d'un sous-système, dépendamment des enjeux.

10.4 Reformulation de la loi du jeu politique

C'est en tentant de joindre les différentes propositions élaborées précédemment que la reformulation suivante de la théorie structurale est proposée:

Dans les systèmes organisés en appareil ou en quasi-appareil:

- I. Tout individu, quelque soit sa puissance, aspire à faire partie d'une coalition qui partage ses valeurs relativement à la forme des connexions de contrôle du système, du moins en ce qui concerne les plus déterminantes d'entre elles à savoir celles portant sur les ressources monétaires, les statuts et l'information structurante. Il est intéressé de plus à ce que sa coalition occupe une position de centre, ou à tout le moins d'articulateur à l'intérieur du système ou du sous-système où il se trouve.
- II. Dans de tels systèmes, il existe au moins quatre types de coalitions: la coalition dirigeante des hauts fonctionnaires, celle de la ligne hiérarchique, celle des fonctionnels et enfin la coalition des opérateurs.
- III. La coalition dirigeante des hauts fonctionnaires cherchera à établir ou à maintenir une structuration hiérarchique des connexions de contrôle, ou du moins des plus déterminantes d'entre elles.
- IV. La coalition de la ligne hiérarchique se situant entre la coalition dirigeante et les opérateurs, cherchera à établir une structuration stratarchique, où tout en partageant la position de centre avec la coalition dirigeante, elle domine les deux autres coalitions.
- V. La coalition des fonctionnels cherchent à établir une structuration anarchique des connexions de contrôle, où tout en contrôlant les opérateurs elle n'est contrôlée par aucune coalition.
- VI. La coalition des opérateurs cherchent pour sa part à établir une structuration coarchique des relations de contrôle où chaque coalition puisse contrôler chacune des autres, de façon directe ou indirecte, démontrant ainsi son intérêt pour une décentralisation à la fois horizontale et verticale à son niveau.
- VII. D'autres coalitions, formés principalement d'acteurs provenant de l'environnement du système, comme par exemple les élus, tentent d'y établir une structuration stratarchique des relations de contrôle où tout en partageant la position de centre avec l'une ou l'autre des coalitions

précédentes, elles dominent les trois autres coalitions de ce système organisé en appareil ou en quasi-appareil.

A ce stade-ci, il serait intéressant de confronter cette reformulation de la loi structurale avec nos résultats de recherche.

Dans les premiers chapitres de la seconde partie de la thèse, nous avons été à même de vérifier, par une analyse structurale détaillée des lois, règlements, circulaires et directives, que les ordres conçus de nature institutionnelle sont ainsi rédigés que la coalition dirigeante, pour conserver une position de centre, privilégie une forme hiérarchique des relations de contrôle, du moins au niveau des substrats les plus déterminants. Cette coalition peut concéder aux autres, principalement à la coalition de la ligne hiérarchique, une position de centre, mais relativement à des contrôles sur des substrats peu déterminants en terme de décentralisation: information circulante, ressources matérielles et humaines.

La coalition de la ligne hiérarchique, si elle veut accéder ou conserver une position de centre, doit opter pour la stratarchie. Plusieurs directeurs généraux de CRSSS ("B", "C", "F", "G", "J") recherchent idéalement un tel type de structuration à l'échelon régional. Cette coalition ne regroupe aucun directeur général d'établissement, ce qui n'est pas surprenant.

Nos travaux ont également fait ressortir la présence d'une coalition d'opérateurs regroupant l'ensemble des directeurs généraux d'établissements et plusieurs directeurs généraux de conseil régional. Les précisions apportées à la théorie expliquent cette cohabitation de directeurs de CRSSS et d'établissements par le fait que cette coalition recherche une position de centre, du moins à l'échelon régional, et que la structuration à privilégier dans ce cas est la coarchie: CRSSS et établissements accèdent ainsi à une position de centre!

Par ailleurs, et en accord avec la théorie, pour occuper une position de centre, la coalition des opérateurs, compte tenu de la forme (hiérarchique) du système "officiel", peut tenter d'établir des connexions directes avec le Ministère. Si elle réussit ainsi à le contrôler positivement relativement à l'un ou l'autre des niveaux de substrat, elle occupera une telle position, le multigraphe devenant ainsi fortement connexe, conférant une forme coarchique au système.

Bien que nos travaux abordent peu la coalition des fonctionnels, nous nous permettrons d'en glisser un mot. Lors des commissions parlementaires précédant l'adoption des

lois 65 (1971) et 27 (1981), les fédérations médicales se sont montrées très réticentes à confier davantage de pouvoirs aux conseils régionaux, notamment en ce qui concernait d'éventuels contrôles que les CRSSS auraient eu à exercer sur la profession médicale.

Plus récemment, il est apparu que le discours des organisations médicales constitue une critique virulente de la structure bureaucratique et technocratique des conseils régionaux (Bhérier 1986: 145). Elles insistent sur le fait que le maintien de réseaux d'influence parallèles rend caduc le rôle de représentant des intérêts des établissements que veut confier de plus en plus le Ministère (certains hauts fonctionnaires et élus) aux conseils régionaux. Ces organisations préféreraient faire face directement au Ministère plutôt que d'avoir à transiger avec une "structure indéfinie" (Bhérier 1986: 125, 144). Eu égard à la dispensation des soins médicaux, elles privilégient une approche où leurs membres peuvent agir en entrepreneurs libres, révélant en cela un fort désir d'autonomie dans l'exécution des tâches inhérentes à leur profession. Les organisations médicales représentent une coalition de fonctionnels qui préfèrent une structuration anarchique des relations de contrôle, où tout en occupant une position de centre dans le système, elles ne sont contrôlées par aucune autre coalition et ne contrôlent pas toutes les autres coalitions.

Nous avons été à même de constater dans ce chapitre que les résultats de la recherche viennent pour la plupart valider la théorie structurale. Cependant certains problèmes ont été soulevés, notamment en ce qui concerne la notion de puissance des acteurs et la non-spécification de l'échelon (national, régional, local) où s'applique la théorie. Une reformulation de la théorie, s'appuyant elle-même sur des hypothèses formulées par Mintzberg (1982) et Crozier et Friedberg (1977), est proposée et une confrontation avec nos résultats semble démontrer sa fécondité.

Il appert donc que, bien qu'au stade d'ébauche, la nouvelle formulation de la théorie structurale soit porteuse de propositions pertinentes pour l'étude des systèmes sociaux, particulièrement dans leur dimension politique.

CONCLUSION

La dernière chose qu'on trouve en faisant un ouvrage est de savoir celle qu'il faut mettre la première.

Blaise Pascal, Pensées.

Cette étude de connexité, qui analyse les rapports que crée entre les postes du système socio-sanitaire québécois l'existence de relations de contrôle, aborde à la fois la substance et la forme de ces relations reliant les CRSSS à leur environnement. Elle a permis de constater la pertinence de la distinction de contrôles relatifs à différents niveaux de substrats, puisqu'il est apparu des différences importantes dans la forme que prend l'ensemble des relations de contrôle pour chacun des niveaux retenus à titre de postulat.

Cette distinction, jointe à la formalisation en graphe, a permis de vérifier une loi structurale du politique proposée pour la première fois par Lemieux (1979a), d'en dégager les forces et les faiblesses et d'en proposer une reformulation.

La thèse a permis également de poser un jugement plus nuancé sur le processus de décentralisation vers l'échelon régional que celui de Richard et Molinari (1987) dans leur étude du droit adopté (en opposition au droit appliqué). Elle met en lumière le fait que le Ministère, ou plus généralement le gouvernement du Québec, ne joue à fond le jeu de la décentralisation que par rapport à des contrôles sur des substrats relativement peu déterminants: l'information circulante, les ressources humaines et matérielles.

En effet, l'examen attentif auquel ont été soumis les nombreux mandats confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux depuis 1971 permet de conclure que la décentralisation, fût-elle administrative, ne s'est réalisée que très partiellement. La forme hiérarchique qu'emprunte le système socio-sanitaire relativement aux niveaux de substrats les plus déterminants que sont les ressources monétaires, les statuts et l'information

structurante, est peu compatible avec l'idée même de décentralisation. Celle-ci semble devoir plutôt renvoyer à des multigraphes semi-fortement ou fortement connexes.

L'emprise des acteurs les plus puissants, ou pour employer encore une fois le langage de la théorie reformulée, de la coalition dirigeante des hauts fonctionnaires se fait donc sentir davantage aux niveaux de substrat les plus déterminants. Cette coalition accepte facilement une formulation des ordres conçus de nature institutionnelle qui permet une structure de forme coarchique des relations de contrôle relatif à l'information circulante. La stratarchie est acceptée comme forme des relations de contrôle au niveau des ressources matérielles, humaines et des services de même qu'à celui des ressources monétaires. Toutefois, cette stratarchie n'est apparue que pour le sous-graphe régional, car c'est encore une fois à une structure hiérarchique du système socio-sanitaire provincial que correspond généralement la forme des relations de contrôle pour ces deux niveaux de substrat.

Par ailleurs, il faut indiquer que cette thèse comporte de sérieuses limites. La principale provient du fait que nous n'avons analysé que les ordres conçus sans aborder directement les ordres vécus. Il nous semble cependant qu'une bonne connaissance des premiers est préalable à toute recherche qui pourrait être menée sur les seconds. Il sera à la fois intéressant et essentiel de confronter, dans de futures recherches, la loi structurale du politique précisée précédemment avec les ordres vécus où des relations de contrôle différentes ne manqueront pas d'apparaître.

Une autre limite concerne la grille d'analyse. Nous avons testé "l'étanchéité" des définitions de chacun des niveaux de substrat retenus à titre de postulat. Malgré les rectifications apportées suite à la validation de la grille, elle demeure dans certains cas un instrument relativement difficile d'utilisation. Par ailleurs, c'est principalement par ce qu'elle a déjà fait l'objet d'une autre recherche (MAS 1983) que nous n'avons pas effectué à l'intérieur de la thèse l'analyse explicite des mandats et recommandations sous l'angle des pouvoirs de pression, gestion et commandement.

En ce qui concerne l'intérêt de l'utilisation de la théorie des graphes pour l'étude des systèmes, il est apparu rapidement que la multiplication des relations de contrôle entre les postes rendait l'analyse plus ardue, compte tenu, entre autres, de l'ajout des relations de contrôle complémentaires aux relations de contrôle spécifiques. Toutefois, cette distinction est apparue essentielle pour bien saisir à la fois l'ambiguïté du message de décentralisation lui-même (relations de contrôle spécifiques) et l'environnement légal et réglementaire dans

lequel il s'insère (relations de contrôle complémentaires). Les matrices d'interconnexions sont venues remédier en partie à cette situation.

Egalement au chapitre des limites, la présence de nombreuses relations de contrôle mixte fait en sorte qu'il a fallu souvent indiquer, lors de l'analyse de chacune des périodes, les changements que de telles relations apportent dans la forme de la structure du système selon qu'elles s'avèrent positives ou négatives.

Par ailleurs, le concept de position, tel que la théorie des graphes le définit, a démontré une richesse qui n'avait pas été exploitée jusqu'ici dans la littérature. Le raffinement de la théorie structurale s'appuie en partie sur cette notion, en précisant que tous les acteurs recherchent une position de centre. Ainsi la décentralisation, définie comme étant l'acceptation par la coalition dirigeante de partager ou même céder cette position de centre relativement aux contrôles sur l'un ou l'autre des niveaux de substrats identifiés, apparaît comme difficile à réaliser. Mais pas impossible, et c'est là qu'il nous faut poser la question des incitatifs.

Cette question n'a été abordée que dans sa dimension politique, par opposition aux dimensions culturelle, économique et sociale. La théorie structurale du politique, telle que formulée au début des années 80, reconnaissait implicitement comme incitatif pour un acteur le fait de vouloir conserver ou obtenir le contrôle relativement aux niveaux de substrat les plus déterminants.

Dans la reformulation de la loi structurale, l'incitatif devient le fait de vouloir atteindre ou conserver une position de centre, de monopoleur au sens de Crozier et Friedberg. De plus, cette loi indique également que des choix (d'appartenir à une coalition ou l'autre) s'offrent aux acteurs, ou plus généralement aux organisations. Cependant, elle est muette pour expliquer pourquoi un directeur général de CRSSS désire idéalement s'appuyer sur la population et exclure les établissements dans sa stratégie pour occuper dans sa région une position de centre, alors que son collègue de la région voisine opte pour une ouverture aux établissements sans référer à la population.

Il faut bien admettre que nous ne savons pas grand chose sur les motivations à l'origine de ces choix. Cela tient probablement aux limites inhérentes à notre approche des organisations. En effet, ces dernières sont vues avant tout comme des arènes de pouvoir: nous avons d'abord et avant tout étudié les relations de contrôle entre acteurs. Cela tient peut-être également aux limites du cadre

fonctionnaliste. Ce ne serait donc, dans ce cas, qu'au prix d'un effort pour changer de perspective, de paradigme, que nous pourrions approcher davantage encore la vérité.

Il nous semble cependant que l'approche structurale n'est pas épuisée: elle laisse la porte ouverte à des recherches qui pourraient aborder les autres dimensions de la communication dont il a été fait mention précédemment. Par exemple, ne pourrions-nous pas mener une étude de cohésion (cf 1.3.4.2), celle-ci faisant davantage référence à la dimension culturelle de la communication. Il y a cohésion dans une triade si on peut distinguer les acteurs en pôles tels que toutes les relations intra-pôles sont positives et que toutes les relations inter-pôles, quand elles existent, sont négatives (Lemieux 1979: 192). Selon les termes de la théorie structurale reformulée, les coalitions correspondent à autant de pôles dont il faudrait étudier les relations, non plus de contrôle mais de cohésion.

Ne pourrait-on pas émettre l'hypothèse qu'il existe, comme dans le cas du pouvoir, un niveau de jeu qui est ignoré des acteurs, mais relativement à la culture? Un niveau de jeu qui expliquerait, par exemple, pourquoi il y a chez les directeurs généraux de CRSSS, des "lieutenants autocrates" et des "lieutenants démocrates"? Pourquoi certains acteurs semblent plus enclins à l'empathie que d'autres? Il n'y a pas actuellement, à notre connaissance, une théorie structurale de la culture qui viendrait compléter la théorie du politique énoncée pour la première fois par Lemieux et reformulée, à titre d'essai, dans le cadre de notre thèse. Le vert champ de la recherche est là, devant nous.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALFORD R., Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform, Chicago, The University of Chicago Press, 1975.
- BACHARACH S.B., "Morphologie et processus: une critique de la recherche organisationnelle contemporaine", in Sociologie du travail, 1978, 20, 2: 153-169.
- BACHARACH S.B., LAWLER E.J., Power and Politics in Organizations, San Francisco, Josey Bass (ed), 1981, 249p.
- BAILEY F., Les règles du jeu politique, Paris, Presses universitaires de France, 1971, 254p.
- BARNARD C., The Functions of the Executive, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1938.
- BEGIN C., RINGUET J., "L'organisation des CRSSS au Québec, dans une perspective de décentralisation administrative" in Administration hospitalière et sociale, 1981, XVII, 1: 22-34.
- BERKOWITZ S.O., An Introduction to Structural Analysis-The Network Approach to Social Research, Toronto, Butterworths (ed.), 1982, 234p.
- BIERSTEDT R., "Analysis of Social Power" in American Sociological Review, 1950, 15: 730-738.
- BLAIN G., "La régionalisation d'hier à demain" in Administration hospitalière et sociale, 1980, XVI, 1: 4-12.
- BLAU P., "Decentralization in Bureaucracies" in ZALD M.N., Power in Organizations, Nashville, Vanderbilt University Press, 1970, 336p., chapitre 4.
- BLAU P., "Theories of Organizations" in International Encyclopedia of the Social Sciences, 1968, 11: 298-305.
- BLAU P., Exchange and Power in Social Life, New York, Wiley, 1964.
- BOLDUC R., La décentralisation fonctionnelle: un commentaire, CEPAQ, in La décentralisation: un effritement de l'Etat ou un enrichissement démocratique, Actes du Colloque sur la décentralisation tenu le 30 mai 1984 au Manoir du Lac Delage, Ste-Foy, Ecole Nationale d'Administration Publique, 1985, (Collection: Bilans et Perspectives: no 5), 315p.

- BORGEAT L., DUSSAULT R., OUELLET L., L'administration québécoise, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1982, 268p.
- BURRELL G., MORGAN G., Sociological Paradigms and Organisational Analysis, London, Heinemann, 1979, 432p.
- CHILD J., "Predicting and Understanding Organizations Structures" in Administrative Science Quarterly, 1973, 8, 2: 167-185.
- CHILD J., "Organization Structure and Strategies of Control: A Replication of the Aston Study" in Administrative Science Quarterly, 1972, 17: 163-177.
- COMMISSION D'ENQUETE SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX, Rapport de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 803p.
- COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL, Rapport de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, Volume VI: Les services sociaux, tome 2, Québec, Editeur officiel du Québec, 1972, 492p.
- COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE ET LE BIEN-ETRE SOCIAL, Rapport de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être social, Volume IV La santé, tome 2: Titre deuxième: Le régime de la santé, Québec, Editeur officiel du Québec, 1970, 209p.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (CASF), La question de la régionalisation des services de santé et des services sociaux, Québec, Editeur officiel du Québec, 1978, 32p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Paris, Seuil, 1977, 436p.
- CROZIER M., Le phénomène bureaucratique, Paris, Seuil, 1962.
- CYERT R.M., MARCH J.G., Processus de décision dans l'entreprise, Paris, Dunod, 1970, 340p.
- DAHL R., "On the Concept of Power" in Behavioural Science, 1957, 2: 201-218.
- DEBBASCH C., Encyclopedia Universalis, Paris, 1968, Vol.5, pp. 355-358.
- DE ROSNAY J., Le Macroscopie: Vers une vision globale, Paris, Seuil, 1975.

- DESCHENES J.-C., "Le ministère des Affaires sociales et la décentralisation" in CONTANDRIOPOULOS A.-P. (éd.), La décentralisation dans le domaine des affaires sociales, Actes du deuxième colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, Université de Montréal, Les éditions Administration et Santé, 1981, pp. 39-47.
- DIVAY G., La décentralisation en pratique, Montréal, INRS-Urbanisation, 1979b, 362p.
- DIVAY G., "Le coût des services publics centralisés" in Critère, 1979a, 24: 121-140.
- DUFAULT P., "La décentralisation", in Administration hospitalière et sociale, 1979, XV, 2: 18-27.
- DUROCHER G., "Régionalisation, déconcentration et décentralisation" in Echange, août 1984, pp. 3-7.
- ETZIONI A., The Active Society, New-York, New York Free Press, 1968.
- FAYOL H., Administration industrielle et générale, Paris, Dunot et Pinat, 1917.
- FRENCH J.R., RAVEN B., "The Bases of Social Power" in CARTWRIGHT D., ZANDER A., Group Dynamics: Research and Theory, Londres, Tavistock, 1960, 609p.
- GELINAS A., "La décentralisation fonctionnelle" in CEPAQ, La décentralisation: un effrètement de l'Etat ou un enrichissement démocratique, Actes du Colloque sur la décentralisation du 30 mai 1984, Ste-Foy, Ecole Nationale d'Administration Publique (ENAP), 1985, (Collection: Bilans et Perspectives: no 5), 315p.
- GELINAS A., Les organismes autonomes et centraux de l'administration québécoise, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1975, 346p.
- GENDRON J.-L., La structuration du pouvoir dans l'implantation des CLSC en Estrie, Thèse de doctorat, Ste-Foy, Université Laval, Département de science politique, 1979, 373p.
- GISCARD D'ESTAING O., La décentralisation des pouvoirs dans l'entreprise, Paris, Les éditions d'Organisation, 1967, 124p.
- GLUECK W.F., Strategic Management and Business Policy, New York, Mc Graw-Hill, 1980.
- GOSSELIN R., "Decentralization\Regionalization in Health Care: The Québec Experience" in Health Care Management Review, 1984, 9, 1: 7-25.

- GOSSELIN R., "Les conseils régionaux: une décennie d'évolution" in Administration hospitalière et sociale, 1981, XVII, 6: 4-10.
- GOURNAY B., L'administration, Paris, Presses universitaires de France, 1967, 126p.
- GOW J.I., BARETTE M., DION S., FORTMANN M., Introduction à l'administration publique: une approche politique, Montréal, Gaëtan Morin (éd.), 1987, 323p.
- HAGE J., AIKEN M., "Relationship of Centralization to Other Structural Properties" in Administrative Science Quarterly, 1967, 12: 72-91.
- HARARY F. et coll., Introduction à la théorie des graphes orientés, Paris, Dunod, 1968.
- LABORIT H., La Nouvelle grille, Paris, Robert Laffont, 1974.
- LAJOIE A., MOLINARI P.-A., RICHARD L.H., Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987, Recherche No. 20, Rapport de recherche de la Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1987, (200p.).
- LAJOIE A., "Les structures administratives régionales" in LAJOIE A., Les structures administratives régionale, déconcentration et décentralisation au Québec, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1968, pp. 285-310.
- LAJOIE A., MOLINIARI P.-A., AUBY J.-M., Traité de droit de la santé et des services sociaux, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1981, 1039p.
- LANDRY R., "La nouvelle analyse institutionnelle", in Politique, 1984, 6: 5-32.
- LAWRENCE P.R., LORSCH J.W., Organization and Environment, Boston, Irwin, 1967, 279p.
- LEMIEUX V., "La Commission Rochon et la réalisation des politiques publiques", in Administration publique du Canada, 1989, (à paraître).
- LEMIEUX V., "Déconcentration et décentralisation: une question de terminologie?" in Administration publique du Canada, 1986, 29, 2: 312-317.
- LEMIEUX V., Réseaux et appareils, St-Hyacinthe, Edisem edition, 1982a, 125p.

- LEMIEUX V., "L'analyse structurale des lois", in Revue canadienne de science politique, 1982b, XV, 1: 67-84.
- LEMIEUX V., Les cheminements de l'influence - Système, stratégies et structures du politique, Ste-Foy, Presses de l'Université Laval, 1979a, 282 p.
- LEMIEUX V., "La recherche scientifique dans les sciences humaines" in Bulletin de l'ACFAS, 1979b, 1, 2: 8-13.
- LEMIEUX V. TURGEON J., "La décentralisation: une analyse structurale" in Revue canadienne de science politique, 1980, XIII, 4: 691-710.
- LEMIEUX V., RENAUD F., VON SCHOENBERG B., Les CRSSS, une analyse politique, Ste-Foy, Université Laval, 1974, 175p.
- LESEMANN F., "Le Rapport Rochon: l'introuvable consensus", Revue internationale d'action communautaire, 1988, 19/59:137-143.
- LESEMANN F., "Décentralisation et services communautaires" in Service social, 1978, Vol.27, No.1.
- LEVI-STRAUSS C., "Réflexions sur l'atome de parenté" in L'Homme, 1973, 3: 5-30.
- LEVI-STRAUSS C., Anthropologie structurale, Paris, Plon, 1958.
- MARCH J.G., SIMON H.A., Organizations, New York, John Wiley and Son, 1958.
- MAYO E., The Human Problems of an Industrial Civilization, New York, Macmillan, 1933.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Evaluation du processus de décentralisation administrative vers les CRSSS, Québec, MAS, Direction de l'Evaluation des Programmes, 1983, 67p.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Éléments pour une politique de décentralisation administrative, Québec, MAS, 1980, 60p.
- MINTZBERG H., Structure et dynamique des organisations, Paris, Les éditions d'Organisation, 1982, 434 p.
- MINTZBERG H., JORGENSEN J., "Emergent Strategy for Public Policy" in Administration publique du Canada, 1987, 30, 2: 214-229.
- O'NEILL M., L'approche critique en promotion de la santé dans les DSC québécois, Rapport No 2, Ste-Foy, Université Laval, 1987, 82 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), Organisation des services sanitaires aux échelons local et intermédiaire, Rapport No.499, Genève, OMS, 1972, pp. 15-25, (Série de rapport technique).

- QUELLET L., DESCOTEAUX Y., Concepts et méthodes de la régionalisation d'une administration centrale, Québec, Atelier de gestion intégré des ressources, 1978, 28p.
- PAQUIN M., "Que pensent les directeurs généraux de centres hospitaliers de la décentralisation des activités du ministère des Affaires sociales?" in Administration hospitalière et sociale, 1980, 26, 3: 40-42.
- PEAUCELLE J.-L., Essai d'application de la théorie des jeux en tant que moyen d'analyse sociologique, Document miméo., Paris, 1968.
- PETTIGREW A.M., The Politics of Organisational Decision Making, London, Tavistock Publications, 1973.
- PIAGET J., Le structuralisme, Paris, Presses universitaires de France, 1968.
- PUGH D.S., HICKSON D.J. HINNINGS C.R., "An Empirical Taxonomy of Structures of Work Organizations" in Administrative Science Quarterly, 1969, pp. 115-126.
- PUGH D.S. et al., "A Conceptual Scheme for Organization Analysis" in Administrative Science Quarterly, 1963-64, pp.289-315.
- PUGH D.S. et al., "Dimensions of Organization Structure" in Administrative Science Quarterly, 1968, pp. 65-105.
- QUINN R.E., Beyond Rational Management, San Francisco, Jossey-Bass, 1988, 199p.
- RENAUD M., "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé" in Sociologie et Sociétés, 1977, XI, 1.
- RICE A.K., The Enterprise and Its Environment, London, Tavistock Publications, 1963.
- RICE A.K., Productivity and Social Organisation: The Ahmedabad Experiment, London, Tavistock Publications, 1958.
- RICHARD L.-H., MOLINARI P.-A., "Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales de la santé et des services sociaux", in LAJOIE A., MOLINARI P.-A., RICHARD L.H., Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987, Recherche No.20 Rapport III, Rapport de recherche de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1987, 49p.

- RICHARD L.-H., MOLINARI P.-A., "Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités", in LAJOIE A., MOLINARI P.-A., RICHARD L.H., Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987, Recherche No 20 Rapport IV, Rapport de recherche de la Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 1987, 84p.
- ROETHLISBERGER F.J., DICKSON W.J., Management and the Worker: An Account of a Research Program Conducted by the Western Electric Company, Hawthorne Works, Chicago, Harvard University Press, 1939.
- ROY B., Algèbre moderne et théorie des graphes, tome 1, Paris, Dunod, 1969.
- ROY B., Algèbre moderne et théorie des graphes, tome 2, Paris, Dunod, 1970.
- SCHELLING T.C., The Strategy of Conflicts, 4th edition, Cambridge Mass., Harvard University, 1970.
- SAINSAULIEU R., in EXIGA A., PIOTET F., SAINSAULIEU R., Guide pratique pour l'analyse des conditions de travail, Paris, Editions de l'ANACT, 1983.
- SECRETARIAT A L'AMENAGEMENT ET A LA DECENTRALISATION (SAD), La décentralisation: une perspective communautaire nouvelle, fascicules 1,2,3,4, Québec, SAD, 1978.
- SELZNICK P., "Foundations of the Theory of Organisations", American Sociological Review, 1948, 13, 1: 25-35.
- SHANNON C., WEAVER W., The Mathematical Theory of Communication, Urbana, The University of Illinois Press, 1949.
- SHUBIK M., Game Theory and Related Approaches to Social Behavior, New York, John Wiley and Sons, 1964.
- SILVERMAN D., The Theory of Organisations, London, Heinemann, 1970.
- SMITH M.G., Government in Zazzau, Londres, Oxford University Press, 1960.
- STEINBRUNER J.D., The Cybernetic Theory of Decision New Dimension of Political Analysis, New Jersey, Princeton University Press, 1974, 366p.
- TANNENBAUM A., Control in Organizations, New-York, McGraw Hill, 1968, 325p.
- TAYLOR F.W., Scientific Management, New-York, Harper and Row, 1947.

- TURNER B.A., Exploring the Industrial Subculture, London, Macmillan, 1971.
- VON NEUMANN J., MORGENSTERN O., Game Theory and Economic Behavior, New York, John Wiley and Sons, 1944.
- WALLISER B., Systemes et modes, Paris, Seuil, 1977.
- WEBER M., From Max Weber Essays in Sociology, New York, Oxford University Press, 1946, 490p.
- WEBER M., The Theory of Social and Economic Organization, Londres, Oxford University Press, 1947.
- WEINBERG G., An Introduction to General Systems Thinking, New York, John Wiley and Sons , 1975, chap.1.
- WIENER N. Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine, Paris, Herman, 1948.

ANNEXES

- Annexe 1 Première validation de la grille d'analyse
- Annexe 2 Résultats de la première validation
- Annexe 3 Documents envoyés lors de la seconde validation
- Annexe 4 Résultats de la deuxième validation

ANNEXE 1

Première validation de la grille d'analyse

Le 12 septembre 1988

Madame,
Monsieur,

La présente fait suite à la requête que je vous présentais lors de notre Lac à l'Épaule au Manoir du Lac Delage les 25 et 26 août derniers.

J'aimerais vous rappeler que cet exercice a pour but de valider un instrument méthodologique que j'utiliserai dans le cadre de mes travaux de doctorat en science politique à l'université Laval.

Ci-joint un court document comprenant trois parties. La première vous indique les définitions retenues pour classer, à l'intérieur d'une grille d'analyse, différents mandats dévolus aux CRSSS. La seconde partie contient une liste de 20 mandats dévolus aux CRSSS durant la période 1971-1986. Enfin la troisième consiste en un exemplaire de la grille d'analyse. Il s'agit pour vous de classer les 20 mandats à l'intérieur de la grille.

Si vous avez des questions à propos de la recherche en général ou de la grille d'analyse qui vous est soumise, n'hésitez pas à communiquer avec moi au poste téléphonique 274 ou encore faites-moi part de vos commentaires par écrit au verso de la grille d'analyse complétée. J'apprécierais recevoir celle-ci avant lundi le 3 octobre 1988.

Je vous remercie à l'avance pour l'attention que vous apporterez à ma demande et vous prie de croire que vous contribuerez ainsi, une fois de plus, à l'avancement de la science...

Jean Turgeon
candidat au doctorat

La grille d'analyse

La grille d'analyse de l'étendue du processus de décentralisation s'inspire de nos travaux antérieurs (Lemieux et Turgeon 1980). Nous y proposons une échelle permettant d'évaluer le degré de centralisation ou de décentralisation d'un organisme public ou privé. La centralisation sera d'autant plus grande que le niveau central conservera les fonctions, pouvoirs et responsabilités les plus déterminants sur les différentes composantes du réseau (ou plus précisément du quasi-appareil) socio-sanitaire, alors qu'inversement la décentralisation sera d'autant plus grande lorsque certains de ces pouvoirs, fonctions et responsabilités seront entre les mains d'acteurs moins centraux, par exemple les conseils régionaux.

Pour établir de façon plus précise le degré de décentralisation d'un système, nous postulons un certain ordre logique dans l'importance relative des contrôles. Certains sont plus déterminants que d'autres par ce qu'ils leur seraient logiquement antécédents (Lemieux, Turgeon 1980: 696). L'ordre proposé va des contrôles les moins déterminants (niveau 1) vers les plus déterminants (niveau 5).

Le premier niveau correspond aux contrôles concernant l'information circulante non-finalisante: l'ensemble des ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations et la nature même du "réseau" socio-sanitaire. Par exemple, on retrouve à ce niveau les contrôles suivants: susciter la participation, assurer des communications, concevoir des systèmes d'information, etc.

Le second correspond aux contrôles relatifs aux ressources humaines, non-dirigeantes et dirigeantes et aux ressources matérielles non-monétaires. Ces deux ressources sont souvent indissociables dans la pratique puisqu'elles forment, entre autres, les services socio-sanitaires sur lesquelles les conseils régionaux auront un contrôle plus ou moins importants. A ce niveau, les CRSSS ont seulement un pouvoir de dépenser (ou de contrôle des dépenses) des budgets définis par le Ministère: ils ne possèdent pas de contrôles sur la répartition des budgets, encore moins sur leur détermination.

Le troisième représente celui des contrôles relatifs aux ressources monétaires (budgétaires): détermination et répartition des budgets. Le quatrième concerne plus particulièrement les contrôles relatifs à l'existence même des établissements: abolition, fusion, création.

Quant au cinquième niveau, il concerne ce que nous appelons l'information structurante (Lemieux, Turgeon 1980: 694). C'est celle qui définit explicitement les orientations et la nature même du système socio-sanitaire ou de l'une de ses composantes. Les contrôles qui y sont rattachés concernent la définition des objectifs, l'élaboration de politiques, l'édiction de normes ou règlements pouvant contraindre d'autres acteurs (en l'occurrence les établissements socio-sanitaires). Cette distinction entre information structurante et non-structurante s'inspire de travaux de Laborit (1974). En contrôlant cette information structurante ou finalisante, l'acteur ou le groupe d'acteurs contrôle ce qui doit être, les performances qui peuvent être exigées d'un autre acteur ou groupe d'acteurs.

Cependant certains mandats ne peuvent être identifiés à un seul de ces niveaux. Il s'agit de ceux reliés à des activités d'évaluation. L'importance relative de ce type d'activités est étroitement liée à l'objet d'évaluation. En fait il est postulé que c'est ce dernier qui détermine à quel niveau de la grille d'analyse se situe cette évaluation. Cette grille à cinq niveaux devrait permettre de caractériser l'importance relative des contrôles confiés aux conseils régionaux.

Par ailleurs une dimension supplémentaire d'analyse a été intégrée à chacun des cinq niveaux: elle consiste à caractériser les contrôles confiés aux CRSSS en trois catégories, soit des pouvoirs de pression, de gestion ou de commandement (Tableau 4) comme nous les avons distingués précédemment à la section 1.2.

Les pouvoirs de pression sont ceux qui situent les conseils régionaux dans un rôle de conseiller face au Ministère, aux établissements ou à la population. Quelques exemples: adresser ses recommandations, collaborer, promouvoir, proposer, recommander, etc. Les pouvoirs de gestion impliquent généralement un pouvoir administratif: pouvoir de coordination, de concertation, d'organisation, etc où les conseils régionaux n'ont aucun pouvoir de contrainte sur les établissements. Enfin les pouvoirs de commandement impliquent un pouvoir exécutif pour le CRSSS, un pouvoir de contrainte sur les établissements ou le milieu. Qu'ils s'agissent de penser à des activités comme: autoriser, contrôler, exproprier, fixer (des règlements), etc.

En fait nous considérons pression et commandement comme les deux extrémités d'un continuum sur lequel se situeraient au milieu les pouvoirs de gestion. C'est en joignant ces deux informations que nous obtenons la grille d'analyse qui servira à étudier l'évolution du processus de décentralisation vers les CRSSS.

EXEMPLES DE MANDATS DEVOLUS AUX CONSEILS REGIONAUX DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR LA PERIODE
1971-1986

- #1 "Susciter la participation de la population à la définition de ses propres besoins (art. 16a alinéa 1; Loi 65, 1971)."
- #2 "Réglementer (...) l'élection des membres de conseils d'administration des établissements (art. 17; Loi 65, 1971)."
- #3 "Pour l'équipement spécialisé ainsi que pour les demandes de construction ou de rénovation inférieures à 1 000 000\$, une commission administrative du CRSSS sera créée. Elle autorisera et financera en partie les projets des établissements (Circulaire NP-4-1976)."
- #4 "Assurer (...) la complémentarité des fonctions des divers établissements et mettre sur pied des mécanismes visant à développer une meilleure concertation entre eux et avec les organismes avec qui ils partagent la responsabilité de la clientèle des mésadaptés sociaux (Circulaire NP-2-1977)."
- #5 "(...) assumer la responsabilité de la répartition du budget de développement des services à domicile(...) (Circulaire INF-65-1977)."
- #6 "Le CRSSS se voit confier la responsabilité de coordonner les services de santé mentale sur son territoire. Relativement à la planification régionale, conformément aux orientations et aux plans émis par le ministère, le CRSSS détermine les orientations et les priorités régionales, la nature et la quantité des besoins régionaux en termes de services, et ce, aussi en prévision des besoins futurs (Décret 3179-79, Annexe 1)."
- #7 "Le CRSSS se voit confier la responsabilité de coordonner les services de santé mentale sur son territoire. Relativement à la programmation, le CRSSS détermine la vocation (...) des établissements (Décret 3179-79, Annexe 1)."
- #8 "(...) relativement aux activités de contrôle et d'évaluation, le CRSSS contribue à la surveillance et l'évaluation par le MAS de la qualité des services (Décrets 2234-80 et 2290-80 concernant les régions du Saguenay- Lac St-Jean et de l'Estrie)."

- #9 "(...) relativement aux activités d'organisation, le CRSSS conseille le Ministre sur les permis (catégorie, classe, capacité) des établissements (...) (Décrets 2234-80 et 2290-80 concernant les régions du Saguenay-Lac St-Jean et de l'Estrie)."
- #10 "(...) mettre sur pied une centrale de communications pour répartir les cas d'urgence (Décrets 234-81 et 236-81 concernant le CSSSM)."
- #11 "Au niveau régional, les CRSSS doivent analyser et transmettre au Ministère leur avis sur les propositions de redressement budgétaire des établissements qui affectent le niveau des services à la population (Circulaire 1981-114)."
- #12 "(...) concevoir un système d'informations régionales permettant de connaître, de façon quotidienne, la situation dans les établissements (...) en regard des inscriptions et des admissions des bénéficiaires et de leurs transferts et transports en ambulance (art. 18.1 alinéa 4 première version du projet de loi 27 (1981))."
- #13 "Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit de plus prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques de même que le nombre de médecins et dentistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services en fonction de son permis et des ressources financières dont il dispose.
Le conseil d'administration d'un CH doit (...) transmettre cette partie du plan d'organisation au conseil régional pour approbation (art. 70 Loi 27 (1981))."
- #14 "Autoriser la création des établissements de services sociaux dans sa région (Rapport de la commission Castonguay-Nepveu, 1972)."
- #15 "Mettre en tutelle les centres communautaires de santé qui ne s'acquittent pas efficacement de leurs responsabilités (Rapport de la commission Castonguay-Nepveu, 1970)."
- #16 "Le CRSSS assure le contrôle budgétaire des décisions prises relativement au financement des services de santé mentale de son territoire (Décret 3179-79, Annexe 1)."

- #17 "Relativement aux activités de planification, le CRSSS conseille le ministre dans la détermination de ses objectifs généraux (...) (Décrets 2234-80 et 2290-80 concernant les régions du Saguenay- Lac St-Jean et de l'Estrie)."
- #18 "(...) relativement aux activités de contrôle et d'évaluation, le CRSSS vérifie si les objectifs qu'il a fixé aux établissements dans sa planification régionale ont été atteints(...) (Décrets 2234-80 et 2290-80 concernant les régions du Saguenay- Lac St-Jean et de l'Estrie)."
- #19 "Le CRSSS produit au ministère (...) une liste des besoins régionaux identifiés (par ordre de priorité) en matière d'équipement mobilier de développement et ce, au plus tard le 30 juin de chaque année (Décret 636-81, Annexe 1)."
- #20 "Les établissements doivent dorénavant obtenir l'autorisation du CRSSS pour conclure un contrat de biens ou services en matière d'informatique, de buanderie, de cafétaria et de certains équipements médicaux (Décret 1127-84 - Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux)."

SUBSTRATS

TYPES DE POUVOIR

		TYPES DE POUVOIR		
		PRESSION	GESTION	COMMAN.
1	L'INFORMATION CIRCULANTE NON-FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU 'RESEAU' SOCIO-SANITAIRE).			
2	LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES CRSSS ET DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERVICES.			
3	DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONETAIRES (BUDGETAIRES).			
4	LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS.			
5	L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES).			

ANNEXE 2. Réponses au premier test de validation de la grille d'analyse.

MANDATS #	NIVEAU DE SUBSTRATS				
	1	2	3	4	5
1	XXXXX				
2	X	XXXX			
3			XXXXX		
4	XXX	XX			
5			XXXXX		
6					XXXXX
7		X		X	XXX
8	X	XXXX			
9	X	XX		X	X
10	X	XXX			X
11	X		XXXX		
12	XXXXX				
13		XXXXX			
14				XXXXX	
15				XX	XXX
16			XXXXX		
17	X				XXXX
18					XXXXX
19		XXX	XX		
20		XXX	XX		

ANNEXE 3

Documents envoyés lors de la seconde validation

Le 31 octobre 1988

Madame,
Monsieur,

La présente fait suite à une requête que je vous adressais en date du 12 septembre dernier concernant la validation d'un instrument méthodologique utilisé dans le cadre de mes travaux de doctorat en science politique à l'université Laval. Je tiens à vous remercier sincèrement de votre participation. Elle m'a permis d'apporter des modifications intéressantes à cet instrument.

J'aimerais maintenant vérifier si les changements apportés vont bien dans le sens d'une amélioration de la clarté des distinctions entre les différents niveaux de la grille à l'étude.

Aussi vous demanderais-je de remplir à nouveau la grille ci-jointe en lisant attentivement auparavant les nouvelles descriptions pour chacun des cinq niveaux de substrats. Les 20 mandats à classer sont les mêmes que lors du premier test.

Je vous remercie à l'avance pour l'attention que vous apporterez à ma demande.

Jean Turgeon
candidat au doctorat

Pour établir de façon plus précise le degré de décentralisation d'un système, nous postulons un certain ordre logique dans l'importance relative des contrôles. Certains sont plus déterminants que d'autres par ce qu'ils leur seraient logiquement antécédents (Lemieux, Turgeon 1980: 696). L'ordre proposé va des contrôles les moins déterminants (niveau 1) vers les plus déterminants (niveau 5).

Le premier niveau correspond aux contrôles concernant l'information circulante non-finalisante: l'ensemble des ressources informationnelles autres que celles qui définissent explicitement les orientations et la nature même du "réseau" socio-sanitaire. Par exemple, on retrouve à ce niveau les contrôles suivants: susciter la participation, assurer des communications, recevoir et entendre les plaintes, etc.

Ce niveau inclut par exemple des activités de cueillette d'information: identification des besoins, bilan, inventaire, élaboration de dossiers, etc, tout ce qui constitue de l'information prérequis à l'élaboration de l'information structurante dont il sera fait état au cinquième niveau.

Le second correspond aux contrôles relatifs aux ressources humaines, non-dirigeantes et dirigeantes et aux ressources matérielles non-matérielles. Ces deux ressources sont souvent indissociables dans la pratique puisqu'elles forment, entre autres, les services socio-sanitaires sur lesquelles les conseils régionaux auront un contrôle plus ou moins importants. A ce niveau, les CRSSS ont seulement un pouvoir de dépenser (ou de contrôle des dépenses) des budgets définis par le Ministère: ils ne possèdent pas de contrôles sur la répartition des budgets, encore moins sur leur détermination.

Le troisième représente celui des contrôles relatifs aux ressources monétaires (budgétaires): détermination et répartition des budgets. Nous incluons à ce niveau les contrats de biens et services.

Le quatrième concerne plus particulièrement les contrôles relatifs aux postes (établissements) eux-mêmes: mise en tutelle, permis, vocation, abolition, fusion et création.

Quant au cinquième niveau, il concerne ce que nous appellons l'information structurante (Lemieux, Turgeon 1980: 694). Cette dernière définit explicitement les orientations et la nature même du système socio-sanitaire ou de l'une de ses composantes. Les contrôles qui y sont rattachés concernent la définition des objectifs, l'élaboration de politiques, l'édiction de normes ou règlements pouvant contraindre d'autres acteurs (en

l'occurrence les établissements socio-sanitaires). Cette distinction entre information structurante et non-structurante s'inspire de travaux de Laborit (1974). En contrôlant cette information structurante ou finalisante, l'acteur ou le groupe d'acteurs contrôle ce qui doit être, les performances qui peuvent être exigées d'un autre acteur ou groupe d'acteurs.

EXEMPLES DE MANDATS DEVOLUS AUX CONSEILS REGIONAUX DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR LA PERIODE
1971-1986

Les mandats étaient les mêmes que lors du premier envoi.

Schéma 1. Grille d'analyse montrant l'importance relative des substrats.

NIVEAU	SUBSTRATS	MANDATS #
1	L'INFORMATION CIRCULANTE NON – FINALISANTE (RESSOURCES INFORMATIONNELLES QUI NE DEFINISSENT PAS LES ORIENTATIONS ET LA NATURE DU "RESEAU" SOCIO – SANITAIRE).	
2	LES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DES CRSSS ET DES ETABLISSEMENTS, LEUR CLIENTELE, PROGRAMMES ET SERV.	
3	DETERMINATION ET/OU REPARTITION DES RESSOURCES MONE – TAIRES (BUDGETAIRES).	
4	LA CREATION, LA FUSION, L'ABOLITION DES ETABLISSEMENTS; LA MISE EN TUTELLE, LES PERMIS, LES CHANGEMENTS DE VOCATION.	
5	L'INFORMATION STRUCTURANTE (DEFINITION DES OBJECTIFS, IMPOSITION DES FINALITES VERS LESQUELLES LES AUTRES MOYENS DEVRONT ETRE MOBILISES).	

ANNEXE 4. Réponses au second test de validation de la grille d'analyse.

MANDATS #	NIVEAU DE SUBSTRAT				
	1	2	3	4	5
1	XXXXX				
2		XX		X	XX
3			XXXXX		
4	XX	XXX			
5		X	XXXX		
6					XXXXX
7				XXXX	X
8	X	XXX			X
9	XXX			XX	
10	XX	XXX			
11	XX	X	XX		
12	XXX	XX			
13		XXX		X	X
14				XXXXX	
15				XXXXX	
16		XXX	XX		
17	XXX				XX
18		XXXX			X
19	XXXX	X			
20		X	XXX	X	