

Jacques T. Godbout et Nicole V. Martin

(1982)

“Participation et innovation”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jmt_sociologue@videotron.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Jacques T. Godbout et Nicole V. Martin,

“Participation et innovation”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Pierre Hamel, Jean-François Léonard et Robert Mayer, Les mobilisations populaires urbaines, pp. 217-237. Montréal : Les Éditions Nouvelle Optique, 1982, 482 pp.

M. Jacques T. Godbout est sociologue-chercheur à l'Institut national de la recherche scientifique – INRS-urbanisation culture et société.

[Autorisation confirmée par l'auteur, le 9 août 2005, de diffuser cet article.]



Courriel : Jacques_Godbout@INRS-UCS.Uquebec.Ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New roman, 10 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''
Césure automatique.

Édition numérique réalisée le 2 mars 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Table des matières

[Introduction](#)

[Les CLSC et les organismes populaires](#)

[L'implantation des CLSC et le rôle des organismes populaires](#)

[L'influence des organismes populaires sur les CLSC](#)

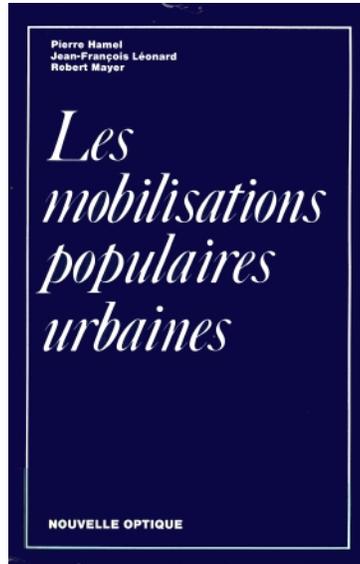
[Les CLSC en milieu urbain](#)

[Les CLSC et le changement](#)

[Influence du milieu](#)

Jacques T. Godbout et Nicole V. Martin

“Participation et innovation”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Pierre Hamel, Jean-François Léonard et Robert Mayer, *Les mobilisations populaires urbaines*, pp. 217-237. Montréal : Les Éditions Nouvelle Optique, 1982, 482 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

En l'absence de CLSC ayant atteint leur rythme de croisière ou ayant tout au moins commencé à dispenser des services ¹, cette étude de la réforme des services de santé et des services sociaux a pris comme objet d'analyse le processus d'implantation des CLSC d'une part, et les expériences locales autonomes de santé et de services sociaux d'autre part. Les objectifs visés étaient les suivants : dégager, à partir de l'évolution du processus d'implantation et du rôle des principaux intervenants dans le processus, les fonctions des CLSC en milieu urbain ; par l'analyse des expériences autonomes et des premiers CLSC en opération, dégager les facteurs influençant la présence d'innovations au sein de ces organismes, innovations souhaitées par les instigateurs de la réforme ; enfin, le processus d'implantation des CLSC était vu comme révélateur du rôle et des fonctions des organismes populaires en milieu urbain.

Dans la première partie de cette conclusion, c'est sur ce dernier thème que nous présentons quelques réflexions, centrées sur les CLSC et les organismes populaires. On se demandera d'abord dans quelle mesure les données recueillies dans cette étude permettent d'interpréter le phénomène des comités de citoyens comme une manifestation de la nécessité d'une décentralisation politique à un palier infra-municipal dans les grandes agglomérations, hypothèse émise par plusieurs auteurs américains. En second lieu, on tentera d'évaluer l'influence des organismes populaires

¹ Au début de la recherche.

dans l'implantation des CLSC et de voir dans quelle mesure ils atteignent leur objectif. Enfin, une brève analyse de l'évolution du CLSC Hochelaga-Maisonneuve permettra de présenter quelques remarques sur la nature des futurs CLSC dans les quartiers étudiés.

Dans la deuxième partie de la conclusion, on aborde à nouveau le thème du changement ou des innovations avec la formulation d'hypothèses plus générales sur la relation entre les diverses variables qui caractérisent les processus, les fonctionnements et les pratiques analysées, et le degré d'innovation observé. Ceci nous amènera à traiter à nouveau de la participation, du rôle des professionnels, des objectifs et des stratégies, comme facteurs contraignants ou stimulants de l'innovation.

Enfin, l'ensemble de ces réflexions conduit tout naturellement à envisager l'opportunité de nouvelles voies stratégiques à la réforme.

Les CLSC et les organismes populaires

L'implantation des CLSC et le rôle des organismes populaires

[Retour à la table des matières](#)

L'hypothèse que le mouvement des groupes de citoyens en milieu urbain défavorisé se situe dans la perspective d'un nouveau pouvoir local et manifeste la nécessité d'une éventuelle décentralisation politique à un palier infra-municipal a été rarement envisagée au Québec². Cette approche est toutefois souvent utilisée aux États-Unis, où plusieurs auteurs arrivent d'ailleurs à cette conclusion en analysant les programmes décou-

² La principale question que se sont posé les observateurs du phénomène, au Québec, a trait au caractère révolutionnaire ou réformiste de ce mouvement. On conclut généralement que ce ne sont pas des groupes révolutionnaires. Voir entre autres Anne Legaré, op. cit. qui conclut que les comités de citoyens sont essentiellement des groupes de pression assez traditionnels. Son étude porte toutefois sur la première phase des comités de citoyens, avant l'émergence des groupes de services.

lant de l'Economic Opportunity Act qui prévoit la « maximum feasible participation of the residents ». Il n'est donc pas sans intérêt de reprendre cette approche dans le cadre de la mise en application de la loi 65, « qui encourage la population et les groupes qui s'y forment à participer à l'ins-tauration, à l'administration et au développement des établissements »³

Sans procéder à une analyse des thèmes de ces différents auteurs⁴, on peut citer Mogulov, qui, analysant l'évolution de la notion de participa-tion des citoyens dans les programmes et les politiques du gouvernement fédéral américain, observe que :

The problem has gradually shifted over the past five years from an issue in-volving individual involmment and participation to a matter of group rights and power vis-à-vis the larger community... Thus citizen participation has be-come the problem of community control and decentralization of decision-making power from traditionnal Federal, state and local government level to the neighborhood level⁵.

Dans un article récent, Stenberg affirme, pour sa part, que :

While more traditionnal forms of involmment will probably characterize federal programs during the 1970's, outside of these programs citizen participation will very likely move in the direction of community control and neighborhood government⁶.

Enfin Kotler, dans son ouvrage intitulé Neighborhood Government, développe cette théorie et en fait une thèse générale sur « l'impérialisme local » : il décrit le mouvement d'annexion par les villes centrales qu'ont connu la plupart des grandes agglomérations, au début du siècle, comme

³ Loi sur les services de santé et les services sociaux, op. cit. Même la formulation présente des ressemblances importantes avec la loi américaine qui parle d'un programme « which is developed, conducted and administered with the maximum feasible participation of residents of the areas and members of the groups served ». Economic Opportunity Act ; cité par Richard W. Boone, « Reflections on Citizen Participation and the Economic Opportunity Act », Public Administration Review, vol. 32, no spécial (sept.) 1972, p. 444.

⁴ À ce sujet voir Henri J. Schmandt, « Municipal Decentralization : An Overview », Public Administration Review, Special Issue, Octobre 1972, pp. 571-588.

⁵ Melvin B. Mogulov, Citizen Participation : a Review and Commentary on Federal Policies and Practices, Washington, the Urban Institute, janvier 1970, pp. 1 et 2.

⁶ Karl W. Stenberg, « Citizen and the Administrated State : from Participation to Power », Public Administration Review, Mai-juin 1972, p. 195.

une « conquête » de la ville centrale, qui aurait provoqué l'appauvrissement et le déclin des territoires annexés au profit de l'enrichissement de la partie centrale de la ville ; inversement, les mouvements actuels de citoyens dans ces zones sont une tentative d'émancipation, de « décolonisation » par rapport à la ville centrale.

The purpose of neighborhood action today is to regain self rule and representation in municipal government. This is the goal of the present struggle between localities and metropolitan empires... ⁷

Qu'en est-il au Québec, et plus particulièrement à Montréal ? Que nous apprennent l'implantation des CLSC et la description des organismes populaires de santé et de services sociaux à cet égard ? On a déjà constaté l'existence d'un passage de la participation au contrôle, et, dans le processus de l'animation à la négociation, du contrôle de ressources professionnelles dans le secteur d'activité couvert par le projet, ceci dépendant essentiellement, dans le cadre des CLSC d'une règle du jeu imposée par le ministère des Affaires sociales (pour le secteur des services sociaux en partie). En quoi ce phénomène indique-t-il la présence d'un mouvement vers le contrôle local d'activités de plus en plus nombreuses et, éventuellement, vers un gouvernement de quartier ?

Si on accepte d'une part la constatation généralement admise que les groupes et organismes populaires sont plus développés, mieux organisés, plus autonomes à Montréal qu'à Québec, et d'autre part la constatation faite dans cette étude de l'inexistence de ce phénomène à Saint-Marc, on est en présence d'une première vérification générale de cette hypothèse. Avec les professionnels, c'est l'élite locale, les élus municipaux qui jouent un rôle important à Saint-Marc. À Québec, le rôle des comités de citoyens n'est pas important ⁸ comme acteur autonome ; les représentants de ces comités sont nommés par le coordonnateur du comité provisoire. C'est à Montréal que les groupes et organismes jouent le rôle le plus important dans le processus d'implantation ; ils sont présents dans la plupart des quartiers, à l'exception peut-être de Centre-Sud, qui constitue par ailleurs la zone la plus faiblement organisée à Montréal, parmi celles qui ont été incluses dans la présente étude. À Pointe Saint-Charles et Saint-Henri, les organismes populaires remplissent, dans l'implantation des CLSC, le rôle des élus municipaux à Saint-Marc.

⁷ Milton Kotler, *Neighborhood Government : the Local Foundation of Political Life*, Indianapolis et New York, Bobbs-Merrill, 1968, p. 27.

⁸ Dans le processus d'implantation.

Toutefois, même si les groupes populaires sont présents dans la plupart des processus d'implantation, ils ne sont pas seuls. Dans tous les quartiers de Montréal, à l'exception de Pointe Saint-Charles, il existe plusieurs interlocuteurs locaux -élites traditionnelles, organismes professionnels et groupes populaires - dont aucun ne peut être reconnu comme seul représentant du quartier. Ces groupes réussissent difficilement à former une coalition devant le ministère des Affaires sociales. De plus, dans plusieurs cas, l'existence de conflits entre l'élite paroissiale et les groupes de citoyens est manifeste. Cette absence d'un interlocuteur unique révèle l'inexistence d'une institution locale susceptible de représenter la population, comme les élus municipaux à Saint-Marc. Ce conflit indique aussi que l'action des groupes populaires les amène à exercer un rôle que les élites locales et les professionnels remplissaient antérieurement. Il est possible d'appuyer cette hypothèse sur quelques observations précises, tirées autant de la description du processus que de l'analyse des organismes populaires.

- La formation des centres communautaires ou maisons de quartiers s'est faite dans la plupart des cas en remplaçant des organismes religieux ou des professionnels. Ce phénomène est d'ailleurs explicité clairement comme objectif dans un cas, la maison du quartier de Centre-sud, qui, dans son journal, appelle les citoyens à « prendre le pouvoir chez eux, dans leur quartier, dans leurs organismes... à dire enfin ce qu'ils pensent et s'attaquer d'abord aux « bonnes gens » qui les exploitent dans leur quartier : beaucoup de professionnels et animateurs et quelques citoyens ». ⁹

- L'intervention des organismes populaires est généralement nécessaire pour obtenir une certaine mobilisation de la population. On a même pu observer que dans Saint-Louis, la tentative du premier groupe, fondé sur une base paroissiale, a abouti à un échec et a dû être reprise en main par des organismes populaires.

- Lorsqu'un organisme (ou un groupe) professionnel est en difficulté dans ses négociations avec le ministère des Affaires sociales, c'est au groupe populaire que l'on fait appel dans Saint-Louis (centre communau-

⁹ Le Va Vite, volume 1, no. 2, mars 1972. Mentionnons aussi cet extrait d'une brochure de la Maison de quartier, à Pointe Saint-Charles, qui veut que « les hommes et les femmes de Pointe Saint-Charles arrivent à prendre en main, petit à petit, tous les aspects de l'organisation du quartier ».

taire de Santé mentale) aux maires et à la Chambre de commerce à Saint-Marc.

- La situation de conflit est évidente à Hochelaga-Maisonneuve, Saint-Henri et Saint-Jean-Baptiste. À Hochelaga-Maisonneuve les organismes populaires ont perdu le contrôle du processus d'implantation. À Saint-Henri le conflit est double : entre les notables de la Corporation du foyer et le comité provisoire du CLSC ; à l'intérieur même du comité provisoire, entre les professionnels de l'agence et certains organismes populaires. Comme à Hochelaga-Maisonneuve la clientèle de l'agence semble lui assurer un appui important. Quant à Saint-Jean-Baptiste, l'historique de la clinique a permis de voir un affrontement direct entre les élites paroissiales et les étudiants. L'absence d'enracinement des étudiants a permis aux religieux d'avoir rapidement gain de cause.

Ces observations permettent d'affirmer que les groupes populaires remplissent, dans plusieurs cas, un rôle et des fonctions exercés antérieurement en milieu rural par l'élite paroissiale et les élus locaux. Ce phénomène de prise de contrôle s'orienté-t-il vers l'exigence d'un palier inframunicipal de gouvernement local ? On peut en faire l'hypothèse ¹⁰, surtout si on se rappelle que l'étude du processus d'implantation des CLSC a permis de voir la distance franchie depuis l'avènement des premiers comités de citoyens qui réussissaient souvent à peine à être entendus par les « autorités ». Le contrôle progressif qu'ils ont établi sur un ensemble de ressources et de services dispensés dans leur quartier, qui, d'une certaine façon, les rend plus dépendants d'institutions extérieures (gouvernement fédéral dans les projets d'initiatives locales, Fédération des oeuvres, etc.) leur a permis par ailleurs d'exercer de plus en plus de pouvoir au niveau de leur territoire et d'acquérir un pouvoir de négociation vis-à-vis des organismes extérieurs. C'est en ce sens qu'ils jouent un rôle de pression et de représentation similaire à celui des élites locales en milieu rural. Sans être optimiste au point de croire, comme le professeur Vernon, que les organismes populaires ont amené près de 20% des citoyens à détenir un

¹⁰ La vérification de cette, hypothèse exigerait l'étude de l'ensemble des groupes populaires, et non pas seulement de ceux qui ont été décrits ici, à partir des services de santé et des services sociaux. En particulier il serait nécessaire d'analyser dans cette perspective l'action des comités de citoyens dont l'objectif est la défense du territoire lorsqu'il est menacé d'être transformé par le redéveloppement, de nouvelles voies de communication, etc., cette fonction de défense étant généralement exercée par les gouvernements locaux.

pouvoir réel dans les décisions publiques ¹¹, on ne peut pas nier l'importance de ce phénomène au Québec, comme dans le reste de l'Amérique du Nord. ¹²

L'influence des organismes populaires sur les CLSC

[Retour à la table des matières](#)

Du fait que les organismes populaires exercent certaines fonctions de représentation et de contrôle de quartier remplies antérieurement par l'élite locale et les professionnels des services sociaux, et du fait qu'ils ont obtenu, dans certains cas, un pouvoir de négociation important par rapport au ministère des Affaires sociales, on ne peut pas conclure que ces organismes ont atteint ou atteindront les objectifs qu'ils visent en intervenant dans l'implantation des CLSC. Quelle est leur influence à cet égard ?

On doit d'abord observer que l'influence des organismes populaires est certaine, au moins négativement, en ce sens que certaines formes de CLSC ne semblent pas possibles lorsque les organismes populaires sont présents dans le processus, et en particulier lorsqu'ils contrôlent des ressources professionnelles. Le cas-contrôle de Saint-Marc-des-Carières est instructif à cet égard. Il est peu probable qu'un CLSC dont la principale transformation, par rapport à la situation antérieure ¹³, soit de regrouper en un même lieu plusieurs médecins qui auparavant dispensaient des services de manière isolée, puisse exister dans les zones où les organismes populaires participent au processus d'implantation.

¹¹ « Professor Raymond Vernon of Harvard estimates that before the outbreak of these contemporary participation efforts, less than five per cent of citizens had real power over decision making in public affairs. Today he estimates that up to 20 per cent may have such power with the proportion increasing ». James V. Cunningham, « Citizen Participation in Public Affairs », *Public Administration Review*, XXIII, octobre 1972, p. 594.

¹² « One of the most significant events bearing on public administration in recent years has been the demand by residents of urban neighborhood for a greater voice in the programs that affect their lives », H.N. Hallman, *Public administration Review*, op. cit., préface.

¹³ Quant au fonctionnement interne du CLSC ; car le CLSC de Saint-Marc a instauré de nouvelles relations avec l'extérieur, en particulier les centres hospitaliers de Québec, ce qui semble constituer la principale amélioration pour les usagers.

De façon générale l'absence, dans le processus, des médecins de pratique privée exerçant dans le quartier (à l'exception peut-être de Saint-Henri) a d'ailleurs été constatée à Montréal. En d'autres mots il est peu probable que les CLSC implantés dans ces zones soient réintégrés par le système de dispensation des services de santé que la réforme veut précisément modifier. Cependant la seule analyse de l'action des groupes de citoyens ne permet pas d'affirmer que leur présence constitue un facteur déterminant puisque, on l'a vu, dans tous les cas, la présence de professionnels est nécessaire à l'exercice d'un certain pouvoir par les groupes populaires au sein du processus.

Au delà de cette influence « négative » globale, dans quelle mesure les organismes populaires ont-ils atteint ou atteindront-ils leurs objectifs en intervenant dans le processus ? Il n'est pas sans intérêt de voir d'abord l'opinion des citoyens interviewés à cet égard. Sur vingt-sept personnes ¹⁴ qui ont apporté, au cours de l'interview, des commentaires à ce sujet, vingt ne croient pas que les citoyens des organismes populaires puissent influencer le ministère des Affaires sociales, cinq sont sans opinion et deux seulement croient que les décisions du Ministère seront influencées par les citoyens. Même à la clinique de Pointe-Saint-Charles, les citoyens doutent que le ministère accepte un jour leur structure :

Sur la représentation des citoyens, le ministère ne semble pas prêt à déroger à la Loi 65.

Le ministère n'entend pas ou peu se plier aux exigences des citoyens. Le rôle (qu'il entend donner aux citoyens) est purement technique et justificateur.

Dans d'autres cas, l'opinion est encore plus catégorique :

Le ministère est habitué à nous avoir comme des rats.

Le pouvoir des citoyens n'est qu'un mirage et en définitive les citoyens se feront avoir.

Les citoyens c'est le « front » des professionnels face au gouvernement. Ceux qui ont des intérêts viennent chercher les ci-

¹⁴ Pour la plupart des membres de conseils d'administration de cliniques populaires ou de centres communautaires.

toyens » (membre du conseil d'administration d'un organisme professionnel).

Partout où il y a apparence d'organisation populaire assez forte, le ministère vient récupérer en laissant argent et concession formelle.

L'observation du processus d'implantation tend à confirmer globalement ces jugements de la majorité des citoyens interviewés. Dans les deux secteurs, mais surtout dans celui des services sociaux, les CLSC, de façon générale, seront probablement très différents es conceptions qu'en avaient les organismes populaires, même si parfois leur influence n'est cependant pas négligeable. Nous tenterons plus loin de préciser vers quoi se dirigent les CLSC. Voyons d'abord, à partir des expériences populaires et du processus d'implantation, ce que les citoyens auraient voulu qu'ils soient.

Dans le secteur de la santé, la description du fonctionnement des cliniques, autant que les exigences posées par les cliniques pendant le processus ont montré que c'est d'abord le contrôle de l'activité professionnelle par un conseil d'administration composé en majorité de citoyens élus qui constitue la principale exigence des citoyens ¹⁵ ; de façon se-

¹⁵ On a pu constater que cette exigence des citoyens est nécessaire si, tel que le veut la Loi, les usagers sont appelés à jouer un certain rôle dans les CLSC. En effet l'analyse des expériences autonomes a montré que dans le cas où les citoyens sont nommés et minoritaires au conseil d'administration, leur influence est négligeable. Cela est d'ailleurs confirmé par des résultats similaires obtenus par des auteurs américains étudiant des organismes locaux créés dans le cadre de la guerre à la pauvreté aux États-Unis. À la fin de son étude, Marshall par exemple, affirme que « The addition of poor people to decision-making boards has not proved to be an effective way for the poor to gain more power in the short run ». Cette conclusion, selon l'auteur, rejoint des résultats similaires obtenus par d'autres chercheurs : « (it) supports the findings of Marris and Rein, Crunstone and Peterson, and Selznick on the powerlessness of the poor when added to governing boards ». (Marshall Dale Rogers, *The Politics of Participation in Poverty*, Berkeley, University of California Press, 1971, pp. 144 et 147). À cet égard on doit noter que le CLSC, sans être doté d'un conseil d'administration de citoyens élus en majorité est composé d'une majorité de citoyens et que ces citoyens font partie du conseil d'administration de l'organisme, qui gère, reçoit les fonds et contrôle le personnel. Il s'agit là d'une différence importante entre le CLSC et les Neighborhood Health Centers, où « the funds are usually assigned to the sponsoring group or institutions » (Paul R. Torrens, *Administrative Problems of Neighborhood Health Cen-*

conculaire, mais importante dans certaines cliniques, les citoyens voudraient aussi jouer un rôle dans la dispensation des services de santé et des services complémentaires : para-médicaux, services sociaux. Au moment de l'étude, aucune de ces exigences n'avait été formellement acceptée par le Ministère. À Saint-Henri, c'est l'existence même d'un conseil d'administration au niveau du CLSC qui est en jeu. À Pointe-Saint-Charles une telle structure a cependant été reconnue jusqu'à maintenant puisque le ministère en accepte le financement. Mais les négociations se poursuivent. Quant à Hochelaga-Maisonneuve, c'est le CLSC lui-même qui a accepté de renoncer à de telles exigences après un an de fonctionnement et de négociation avec le ministère des Affaires sociales.

On a vu pourtant que les cliniques populaires contiennent des éléments importants des nouvelles pratiques professionnelles que veut établir la réforme, et dans ce sens, dans le secteur de la santé, l'intervention des organismes populaires constitue un apport précieux pour les instigateurs de la réforme, à condition que cet appui soit secondé par des professionnels de la santé. En ce sens, la présence des organismes populaires, peut, inversement, constituer une menace pour l'existence même des CLSC : dans la mesure où la présence d'organismes populaires est garante de l'existence, dans les CLSC, de certains changements voulus par la réforme, dans cette même mesure elle en éloigne une proportion importante des médecins ¹⁶. L'influence des organismes populaires dans ce secteur est au départ limitée par leur capacité de recruter des médecins qui acceptent les nouvelles règles du jeu.

La situation est différente dans les services sociaux où c'est le projet du ministère lui-même qui est trop éloigné de la pratique des citoyens

ters », *Medical Care*, IX, 6, 71, p. 489) ce qui fait que « all of the early and most of the later health centers were originally concerned and developed by professionals, with a notable lack of consumer participation » (Jerome L. Schwartz, *Inquiry*, VII, 4, décembre 1970, p. 3). Le Neighborhood Health Center est brièvement décrit dans l'annexe 2.

¹⁶ Or le médecin demeure la ressource essentielle et indispensable au CLSC dans ce secteur. Un CLSC sans médecins pourra sans doute constituer une expérience locale intéressante, mais ne réalisera pas à court terme les objectifs de la réforme dans ce secteur. Les difficultés de recrutement que connaissent les cliniques populaires, autant que l'attitude négative des organisations médicales et les pressions qu'elles exercent sur les médecins désirant s'intégrer dans un CLSC sont autant d'indices du dilemme de cette réforme de la santé qui veut transformer un acteur sur lequel elle a peu de pouvoir, mais qui est indispensable.

dans ce secteur, pratique qui conteste le rôle des professionnels et tente de faire la preuve de la possibilité d'un modèle différent, impliquant les organismes populaires comme producteur de service, dans un organisme de type « centre communautaire ». La distance entre le projet du ministère dans ce secteur et la pratique de certains organismes populaires peut être illustrée par les extraits d'interviews suivants, où des citoyens décrivent leur conception du CLSC dans ce secteur :

Lorsque j'ai vu le Bill 65, je voyais le CLSC comme un centre de référence. À l'intérieur du CLSC je voyais tous les organismes de Saint-Henri, quels qu'ils soient. (Le CLSC était là) pour veiller à la disposition des groupes, à l'allocation des locaux, aux services de secrétariat, etc.

Le CLSC devrait permettre d'avoir des subventions, pour le contrôle des citoyens.

Question : le CLSC sera-t-il un organisme comme la Fédération des oeuvres, qui donne des subventions à des organismes qu'elle trouve importants ?

Réponse : le CLSC va plutôt chapeauter des organismes de services ¹⁷.

Dans le secteur des services sociaux, le ministère souhaite la participation des citoyens à ses CLSC, alors que les groupes populaires désirent que, par les CLSC, le ministère participe à leur organisme ou que le CLSC en soit le lieu de regroupement. C'est le modèle des centres communautaires, très différent du modèle des CLSC du ministère non pas, cette fois, à cause du pouvoir des professionnels du secteur ¹⁸ qui ne constituent pas une ressource aussi indispensable que dans le secteur de la santé, mais à cause du projet du ministère qui conçoit la réforme comme un réaménagement administratif sans transformation précise dans le contenu du produit. L'intégration de ce secteur avec celui de la santé, tout en constituant un indice de la conception des services sociaux comme secteur complémentaire, consacre aussi l'impossibilité de réaliser un tel modèle, que même les cliniques populaires n'ont pas adopté ; sans cette intégration des deux secteurs, on aurait pu penser que le CLSC, dans certains quartiers, aurait subi la même évolution que certains centres communautaires, et qui représentaient au départ un modèle similaire au CLSC dans le secteur des services sociaux. L'introduction des citoyens dans ces expériences (prévue aussi dans les CLSC) les a transformées en organismes populaires ; cette éventualité est peu probable à cause de l'in-

¹⁷ Extrait d'un rapport d'observation d'une réunion de citoyens dans Centre-Sud.

¹⁸ Ce qui ne signifie pas qu'il n'exerce aucune influence, loin de là.

tégration du secteur de la santé qui fait du CLSC le point d'entrée dans un système complexe, fortement structuré, hiérarchisé, professionnalisé, possédant une technologie et un « know how » important ; cet environnement du CLSC dans le secteur de la santé constitue une contrainte majeure qui détermine son fonctionnement quotidien dans une large mesure et ne permettra pas que se dégage un modèle différent, plus adapté aux services sociaux. Ce modèle, éloigné des CLSC, se rapproche pourtant des vues de la Commission Castonguay-Nepveu qui recommandait, dans le secteur des services sociaux, la création de centres communautaires non intégrés au système de santé, dont « le conseil d'administration est élu par la population du territoire concerné » ; elle recommandait aussi « que les activités qui se déroulent dans un centre communautaire soient élaborées et organisées (nous soulignons) par la population du territoire concerné »¹⁹. Mais la Commission recommandait aussi au gouvernement de « reconnaître la nécessité d'un secteur privé de services sociaux... complètement indépendant de l'État dans son financement et dans la réalisation de ses objectifs »²⁰. Avec l'intégration des services de santé et des services sociaux, on peut s'attendre à ce que ce secteur privé soit beaucoup plus important que ne le prévoyait la Commission, qu'il intègre les fonctions que la Commission prévoyait pour les centres communautaires et la plupart des services sociaux locaux non spécialisés et non complémentaires aux services de santé.

Les CLSC en milieu urbain

[Retour à la table des matières](#)

D'autres facteurs que la présence des organismes populaires dans un quartier sont au moins aussi importants pour déterminer l'avenir des futurs CLSC et surtout leur réalité quotidienne : centre hospitalier auquel le CLSC sera rattaché, caractéristiques du personnel professionnel, etc. ; l'analyse du fonctionnement des expériences autonomes de santé a été instructive à cet égard. Même si elle ne permet pas de préciser la nature exacte des CLSC, l'étude du rôle des organismes populaires a cependant permis de constater que les CLSC des quartiers étudiés ne seront probablement ni des bureaux privés de médecins regroupés dans un même édi-

¹⁹ Gouvernement du Québec, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, volume VI, Les Services sociaux, tome II, 1972, p. 448.

²⁰ Idem, p. 442.

fice, ni des cliniques populaires, à l'exception peut-être de Pointe-Saint-Charles, à court terme. Comment se situeront-ils par rapport à ces deux modèles existants ? Dans la section précédente, certaines hypothèses ont déjà été formulées quant à l'importance respective des services de santé et des services sociaux et quant à la nature des services qui seront dispensés. L'analyse de l'évolution du CLSC Hochelaga-Maisonneuve durant sa première année de fonctionnement permettra d'ajouter des précisions.

Rappelons que le projet de CLSC Hochelaga-Maisonneuve, tel qu'accepté par le ministère des Affaires sociales au Printemps 1972, était caractérisé par une structure qui, sous son aspect opérationnel, était similaire aux structures des centres communautaires populaires, ayant comme base de travail des « dimensions » composées d'organismes locaux.

Or, on a vu qu'un tel mode de fonctionnement ne sera pas appliqué au CLSC Hochelaga-Maisonneuve et que le développement rapide d'une structure de service employant un personnel spécialisé nombreux rendra artificielle la structure prévue, tout en permettant de multiples relations entre les organismes du quartier et le nouveau CLSC.

Cette évolution du CLSC urbain observé durant cette étude vers une structure conforme au projet du ministère des Affaires sociales (santé et services sociaux dispensés par des professionnels, dans une structure administrative de services) à partir d'un projet qui correspondait, sous plusieurs aspects, aux organismes populaires de services sociaux, permet-elle de prédire le même avenir aux CLSC dans les autres quartiers ? Il faudrait en nuancer l'affirmation en fonction des hypothèses émises antérieurement et que l'expérience d'Hochelaga-Maisonneuve tend à confirmer. En effet l'analyse du processus et la description des expériences autonomes ont fait ressortir l'importance du contrôle de ressources professionnelles pour les groupes de citoyens comme facteur d'influence de ces groupes dans l'implantation des CLSC. Or, au départ, le groupe de citoyens intéressé au secteur de la santé, à Hochelaga-Maisonneuve, ne contrôle pas de ressources ; ce n'est pas un organisme populaire de santé, mais un comité intéressé à mettre sur pied une clinique populaire. On peut difficilement imaginer qu'une clinique populaire aurait aussi facilement accepté une telle structure n'accordant aucun rôle aux usagers et qui ne correspond ni au projet de clinique que le « comité santé » avait proposé ²¹, ni aux structures des cliniques populaires décrites dans ce texte.

²¹ Avec le médecin de l'Université de Montréal.

La « dimension », comme unité de travail, dans le secteur de la santé, conduit à accorder le pouvoir au personnel du Centre, puisqu'aucun organisme populaire dispensant des services n'existe dans ce secteur. De plus on a vu que c'est le noyau du secteur du bien-être, qui comprend en particulier des membres d'organismes religieux de services sociaux et des professionnels des services sociaux, qui a élaboré les règlements ; la capacité de mobilisation du groupe de citoyens s'est avérée plus faible que celle de ces organismes enracinés dans le milieu et pouvant facilement mobiliser les utilisateurs de leur service ²².

Les groupes de citoyens et les organismes populaires, au départ, ne contrôlaient donc pas les deux ressources nécessaires pour exercer une influence significative ; on ne peut donc pas conclure de cette expérience qu'un CLSC fondé sur un organisme populaire évoluerait de la même façon.

En fait, le CLSC Hochelaga-Maisonneuve se distingue des organismes populaires décrits dans les chapitres précédents par l'absence d'une équipe homogène au départ et par le faible pouvoir aux usagers, dû au manque de légitimité de la structure de représentation dont la base, la dimension, n'ont jamais été clairement définies. Cette faible légitimité affecte les organes décisionnels et en particulier le conseil d'administration, qui se voit dans l'impossibilité de solutionner les multiples conflits qui se sont développés à la suite de l'insertion dans l'expérience, dès le départ, d'individus et groupes représentant un peu toutes les tendances du quartier, auxquels se sont joints rapidement un nombre important de professionnels représentant aussi plusieurs tendances. L'organisme ne possédant pas d'instruments pour solutionner les conflits inhérents à une telle expérience, on a vu ces conflits prendre de plus en plus de place et provoquer la démission ou le renvoi d'une partie importante du personnel, ainsi que la démobilisation des citoyens.

C'est le ministère des Affaires sociales, en obligeant les deux noyaux de départ (clinique populaire, centre communautaire) à se fusionner, qui a intégré les deux tendances principales. La structure qui a finalement

²² Les organisateurs communautaires étaient les membres du personnel du CLSC les plus favorables aux groupes de citoyens ; or, le tableau des relations entre les différents organismes populaires et les différents services du Centre, et le score établi à partir de ce tableau, indiquent que les organisateurs communautaires dont une des fonctions principales est précisément d'établir des contacts avec les organismes du quartier, ont un score très bas : ils se situent juste avant les médecins.

émergé de ce regroupement, issue d'un des groupes et acceptée avec beaucoup de réserve par l'ensemble, n'était pas suffisamment forte pour solutionner les conflits qui se sont continuellement amplifiés. Le conseil d'administration qui, au départ, avait une base obscure à cause de la notion mal définie de dimension d'où il émanait, a vu sa situation se détériorer avec l'évolution de l'organisme qui a rapidement fait perdre à cette dimension la raison pour laquelle on en avait fait le lieu de recrutement des membres du conseil d'administration : la dimension comme unité de travail.

Sans une légitimité reconnue, le conseil d'administration des citoyens décisionnels, ne pouvait pas décider. En un sens, ce n'est donc pas parce qu'il y a eu participation des citoyens que cette expérience est, actuellement, et peut-être de façon temporaire, dans une impasse ; au contraire, c'est peut être parce que le conseil d'administration de citoyens n'a pas pu remplir son rôle décisionnel et arbitrer les conflits.

Tentative d'impliquer dès le début toutes les tendances existant dans le quartier, et donc absence d'une équipe homogène au départ ; faible légitimité de la structure de représentation qui est issue de ce regroupement ; telles sont les différences majeures entre le CLSC Hochelaga-Maisonneuve et les organismes populaires. Ces derniers sont généralement fondés sur une équipe qui tente une expérience nouvelle, équipe de citoyens, avec ou sans professionnels (dans le cas des services sociaux), dont les objectifs, l'orientation sont les mêmes au départ. Un mécanisme d'assemblée générale des résidents-usagers, qui élit le conseil d'administration, est généralement mis en place, et solutionne les conflits qui se développent (généralement entre la tendance service et la tendance action globale) une fois le projet mis en place : centre communautaire de Pointe-Saint-Charles, Perspective 80, clinique de Pointe-Saint-Charles, etc. Au contraire, à Hochelaga-Maisonneuve, en termes de politique locale, la définition même de la structure a été l'objet de conflits. On a vu que l'action des organismes populaires se situe souvent dans le cadre d'un conflit politique local qui vise à modifier la structure du pouvoir. En visant, dès le départ, à intégrer ces différentes forces locales, l'intervention du ministère des Affaires sociales introduit ce conflit au sein même de l'équipe de départ et rend difficile le démarrage.

Cette différence entre le CLSC Hochelaga-Maisonneuve et les organismes populaires révèle peut-être une contradiction importante entre la politique d'implantation et les objectifs visés par la Loi : alors que les objectifs sont orientés vers le changement et l'innovation, la politique d'im-

plantation semble privilégier l'établissement d'un réseau universel d'institutions publiques représentatives de toutes les forces du milieu. Or, les conditions organisationnelles nécessaires au changement ne sont pas les mêmes que celles qu'exige une institution territoriale au niveau local visant la distribution de certains biens ou services publics. Dans ce dernier cas, l'institution a pour fonction principale d'arbitrer entre les différents groupes locaux et de décider de la quantité de biens qui ira à chacun. Il est donc souhaitable que tous les intérêts et les tendances soient représentés au sein de l'institution. Mais lorsqu'un organisme vise d'abord, dans une première phase, le changement dans les objectifs et l'innovation dans les moyens, il nécessite, au départ, une équipe partageant la même orientation. À partir de ce noyau il est possible de créer des mécanismes démocratiques qui donneront le pouvoir d'orientation aux usagers. C'est ce qu'ont fait la majorité des organismes populaires. En ce sens le ministère des Affaires sociales aurait peut-être dû appuyer, au départ, l'expérience ou le groupe local qui se rapproche le plus de ses objectifs, plutôt que de tenter d'obtenir une fausse unanimité au niveau de tout le quartier comme cela a été fait à Hochelaga-Maisonneuve.

Pour terminer cette partie, mentionnons que cette différence d'approche montre les limites d'un rapprochement entre le CLSC et les groupes populaires ; dans la mesure où ceux-ci sont d'abord des instruments de changement, ils ne peuvent pas se transformer en institution publique, aussi démocratique soit-elle ; mais dans la mesure où la société met en place des institutions pour dispenser aux citoyens des services que les groupes dispensaient comme moyen d'action politique, ils doivent changer leur champ d'action, ou accepter la « concurrence ».

Les CLSC et le changement

[Retour à la table des matières](#)

Innovation et changement des fins, tels étaient les aspects de l'évolution du système de santé et de services sociaux considérés dans cette étude. On a examiné les relations entre le rôle exercé par les usagers et les professionnels dans l'organisation des CLSC, d'une part, et le processus d'innovation d'autre part. Les conclusions que l'on dégage de cette analyse, malgré le nombre limité d'observations et les images très diffé-

rentes que projettent CLSC, cliniques et centres communautaires, peuvent être ramenées en fait à trois conditions qui semblent influencer considérablement sur le type d'innovation et de changement que l'on réalise et le rythme auquel on y procède.

La première condition concerne la participation qui, pour être un facteur positif dans l'innovation-changement, doit introduire un nouvel acteur dans le système.

La deuxième condition concerne le rôle du professionnel. Il doit être présent, intégré et permissif, c'est-à-dire partenaire volontaire d'un certain degré de changement.

La troisième condition, on vient de la mentionner, réfère au processus de mise en place lui-même. Pour réaliser des innovations, on ne peut pas partir d'une situation représentative de l'ensemble des positions possibles dans une société, mais d'une situation de consensus minimum au niveau des objectifs.

Comment en arrivons-nous à ces conclusions ? Partons de la réforme qui envisage une participation majoritaire²³ de la population et des usagers, encadrant les éléments professionnels et administratifs à la direction des CLSC. On pense faire travailler le médecin dans un système ouvert contrôlé par une population d'usagers et de citoyens où la santé et les services sociaux sont des éléments intégrés d'un complexe de services à dimension sociale. On veut aussi décentraliser des services pour les adapter au milieu et aux besoins des clientèles. L'hypothèse veut que la participation des usagers, en exerçant une pression sur le professionnel, provoque le changement. Nos observations tendent à montrer que les conditions de ce modèle sont insuffisamment déterminées en ce qui concerne le type de participation et le type de participant. Elles montrent que la participation comme mécanisme de « feed-back » n'est pas suffisante pour réaliser un type d'innovation qui contredise carrément les intérêts des autres partenaires. Elle n'est pas suffisante non plus pour réaliser des changements fondamentaux. Pour ce, il faut des représentants des usagers qui puissent jouer le rôle de « nouveaux acteurs » dans le système de distribution des services de santé. En référence à la citation de Loureau, il faut aussi que les participants représentent une « distance sociale » par rapport à la direction, de telle sorte qu'ils soient en quête d'un changement, dans lequel

²³ Sept usagers et résidants sur onze au conseil d'administration, dont cinq élus.

cas leur nombre relatif est aussi important. Enfin, on a vu que la légitimité du pouvoir de représentation des « usagers » est importante pour que ceux-ci exercent un pouvoir d'arbitrage des conflits et une influence significative sur l'orientation de l'expérience.

Le « modèle » n'est pas suffisamment déterminé non plus en ce qui concerne les professionnels. Il ne suffit pas qu'ils soient encadrés de « nouveaux acteurs ». La présence de ces derniers empêche que le CLSC ou l'expérience ne soit récupéré par les professionnels, et qu'il devienne l'aventure d'un groupe de professionnels. Mais le degré d'innovation, et encore plus le changement que, dans ces conditions, l'expérience ou le CLSC pourra réaliser, dépend de la contribution des professionnels qui en font partie. Il en est ainsi parce que le déséquilibre dans les rapports de force est inhérent au système à trois partenaires que la réforme a envisagé : médecins, population, professionnels des services sociaux. La technologie de la santé assure une certaine dominance au professionnel de la santé qui, pour équilibrer les forces, doit non seulement permettre, mais favoriser le citoyen ou l'utilisateur dans la prise en charge et l'exercice de son pouvoir décisionnel et de son influence. En terme négatif, ceci veut dire qu'un groupe de professionnels de la santé qui voudrait résister à l'innovation ou au changement le pourrait facilement par son influence déterminante sur l'organisation du travail et les pratiques, et par la situation de rareté qui caractérise la profession.

Enfin la troisième condition, nous venons de le voir, découle de l'examen de l'évolution de certaines expériences de centres communautaires et de Hochelaga-Maisonneuve où l'affrontement de toutes les tendances, sans qu'aucune ne soit favorisée au départ par les conseils d'administration, conduit tôt ou tard à l'éclatement ou fait singulièrement échec au processus d'innovation.

Donc, conditions au plan du type de participation, du rôle des professionnels et de l'équipe de départ. En fait, notre exploration a permis de constater que l'expérience qui avait le plus progressé vers le changement était la seule qui réunissait ces trois conditions. Par comparaison, on peut, en observant les autres expériences, établir une relation entre les difficultés ressenties dans le processus d'innovation ou de changement et l'absence de l'une ou l'autre de ces conditions :

- absence de « nouveaux acteurs » dans le cas de Saint-Marc et de la PMP, par exemple ;

- absence de légitimité du pouvoir des citoyens dans le cas de Hochelaga-Maisonneuve,
- absence de professionnels intégrés à l'expérience dans le cas de Centre-Ville, et du Centre socio-médical.

Influence du milieu

[Retour à la table des matières](#)

On a souligné en introduction ²⁴ que la réforme, dans sa partie implantation des CLSC, permettait les deux types de participation : processus par lequel on insère un mécanisme de « feed-back », et processus par lequel on introduit un « nouvel acteur ». Il ressort de cette permissivité que les caractéristiques du milieu dans lequel s'insère le CLSC deviennent une variable déterminante de son évolution à court terme, car à ces caractéristiques sont rattachées les probabilités de susciter un type de participation. Quoique notre étude n'explore pas tous les milieux, on y a rencontré au moins quatre types de milieux au plan des variables significatives pour le type de participation :

- des quartiers urbains défavorisés où le leadership est canalisé par les organisations de citoyens, avec un succès modeste ou important, selon qu'elles rallient une fraction plus ou moins importante de la population et ont pu, par un travail d'animation de base, démontrer l'utilité de l'intervention ;
- des quartiers urbains défavorisés qui sont restés fidèles au leadership assumé par le clergé, les membres des organismes bénévoles ;
- des quartiers où les deux groupes s'arrachent le leadership avec un appui minoritaire mais mieux canalisé aux groupes de citoyens ;
- un milieu rural dont la population semble entièrement solidaire de l'élite locale traditionnelle.

²⁴ Voir introduction.

Ces milieux sont plus ou moins susceptibles d'amener des participants « nouveaux acteurs ». À l'extrême, en l'occurrence à Saint-Marc, la totalité du milieu est incapable de faire surgir des acteurs nouveaux ou distincts et on a pu constater que dans ces circonstances, bien que la condition minimale d'ouverture de l'organisation soit rencontrée par le mécanisme de participation « feed back », elle ne garantit pas l'innovation. Il nous semble même qu'une structure de participation consultative serait supérieure, comme stimulant à l'innovation, à une co-gérance conduisant à la cooptation des partenaires

Laissons pour le moment cette situation et concentrons-nous sur celle qui est en mesure de stimuler l'innovation et le changement. Quand c'est le cas, on peut facilement constater le déséquilibre des forces en présence. Le médecin à son travail représente une technologie que d'aucuns considèrent inaccessible aux non-initiés. Mais on a constaté que malgré ce symbole du « savoir », et au delà de la difficulté réelle de partager la connaissance, les attentes des usagers impliqués et leur influence dépendent beaucoup de la légitimité de leur pouvoir. Quand par exemple, l'usager est nommé par les promoteurs du centre, qu'il est redevable de son pouvoir aux partenaires internes, il se révèle plus facilement pour eux un élément de support au sein de l'organisation (PMP, Saint-Jean-Baptiste). Quand, bien qu'issu du milieu, sa qualité de représentant des usagers ou de la population demeure ambiguë, il sera réticent à trancher les conflits, voudra neutraliser sa propre position, ce qui a pour effet de reporter la décision au niveau du directeur général. Dans ces circonstances, ce dernier n'a pas d'autre alternative que de s'en remettre à ses professionnels (Hochelaga-Maisonneuve). Par contre, quand le conseil d'administration est formé de citoyens élus par une assemblée générale, par exemple, il constitue une structure légitime dont le pouvoir sur l'orientation de l'expérience est important et l'influence au plan de l'arbitrage des conflits, décisive (clinique de Pointe-Saint-Charles).

Ces remarques sur l'influence réciproque des usagers et des professionnels de la santé ne s'appliquent pas au professionnel du secteur social. Est-ce à dire que ce dernier est un partenaire dont l'influence est négligeable ? Au contraire, son rôle est aussi déterminant, mais d'une autre façon ; c'est que le professionnel du secteur social a tendance à se ranger du côté de l'un ou l'autre des deux autres partenaires : l'animateur, du côté des usagers et le clinicien, du côté du professionnel de la santé. Dans le premier cas, sa présence contribue à affermir les positions de citoyens, parfois à stimuler des conflits avec le clinicien. On a vu nombre d'expériences communautaires éclater lors de ces conflits. La tendance à l'écla-

tement, favorisée par la division interne des professionnels, est nette. On l'évite lorsque le travailleur social représentant des vues plus traditionnelles accepte de travailler dans un centre communautaire contrôlé par des groupements de base (University Settlement et Centre communautaire de Pointe-Saint-Charles), ou encore que sa technologie trouve un abri du côté de celle de la santé (Hochelaga-Maisonneuve). Donc, même si du côté services sociaux, le professionnel n'apparaît pas comme exerçant un rôle aussi indispensable que le médecin, on se rend compte que son attitude représente une force d'orientation de l'expérience.

En résumé, on a constaté que :

1) Pour que l'implication des usagers ait une influence sur le processus d'innovation et encore davantage, en autant que ce processus implique un changement fondamental du système ou des fins du système, il faut que les usagers aient des intérêts dans le changement, (nouvel acteur, distance sociale) et que leur pouvoir soit légitime²⁵. On a vu que ces conditions pouvaient vraisemblablement être liées à des variables de milieu.

2) On a aussi observé que ces conditions n'étaient pas suffisantes. Dans le secteur de la santé, l'inégalité des rapports de force fait en sorte que l'organisation a besoin de la permissivité du professionnel pour être capable d'opérer des innovations significatives et en particulier., qui contredisent les intérêts du partenaire professionnel.

Cependant, en revenant sur les conditions énoncées précédemment, on constate que plus l'organisation se rapproche de la réalisation de ces conditions, moins elle dépend de la permissivité du professionnel (et inversement), mais plus elle a de la difficulté à recruter.

3) Dans le secteur des services sociaux, d'emblée l'introduction des usagers pose le problème- de changement au niveau des fins de l'organisation. On ne se situe pas à l'intérieur d'une problématique d'innovation. Par contre, on observe que l'attitude des professionnels joue un rôle important dans le processus de génération du changement.

Ces contestations doivent être interprétées à la lumière de la conclusion du chapitre précédent : à savoir que les conditions d'ouverture de l'organisation ne sont pas nécessaires pour réaliser certains types d'innovation.

²⁵ On définit ainsi des conditions d'une plus grande ouverture du système, la condition minimale étant la participation comme mécanisme de « feed back ».

vation dans la production des soins, pourvu que les intérêts du côté du professionnel soient présents : (District Saint-Jacques, Centre communautaire de santé mentale). De la même manière, la permissivité des professionnels n'est pas nécessaire pour introduire un ensemble d'innovations ou de changements qui se situent dans le contour des pratiques (Centre socio-médical, Centre-ville, Saint-Marc). Elle sera indispensable par contre pour que les conséquences de ces changements soient intégrées au niveau des pratiques. Et quand ce n'est pas le cas, (Saint-Marc) on tend vers un dédoublement de l'organisation de la distribution des services, ce qui nous ramène au point initial des deux systèmes de production : système de contrôle de la santé, d'une part et système de soins, d'autre part. Mais il paraît difficile de généraliser ces constatations sur l'influence réciproque des partenaires, du fait que le médecin représentatif de la profession est presque absent de nos observations. Il faut donc déborder le cadre de la recherche pour traiter du rôle du professionnel et de la technologie, dans son ensemble, et aborder finalement les conditions d'application de la réforme. Car si le rôle des professionnels de la santé est indispensable, il faut se demander dans quelles conditions ceux-ci vont participer à la réforme.