

# L'Histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système

Article  
original

**Benoît Gaumer**

*Université de Montréal*

**Georges Desrosiers**

*Université de Montréal*

---

## Résumé :

*Les CLSC que leurs promoteurs présentaient comme la pièce maîtresse de la réforme des services de santé et des services sociaux du Québec au début des années 1970 ont connu une histoire mouvementée au cours des trente dernières années, émaillée de poussées et de ralentissements, voire de remises en question. Le fait d'affirmer qu'ils étaient appelés à devenir la principale porte d'entrée du réseau public a provoqué des divergences d'opinion à l'intérieur même de cette institution et une forte opposition externe. Cette histoire relatée dans ce portrait synthétique du réseau québécois des CLSC vise à mieux en faire comprendre le fonctionnement. Les auteurs mettent ainsi en évidence les enjeux historiques des orientations et des politiques du Québec en matière de santé et du bien-être de la population, au cours des trente dernières années.*

**Mots clés :** Médecine globale, première ligne, prévention, action communautaire, participation.

---

## Introduction

En 1968, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES), présidée par Claude Castonguay, organise un voyage en Europe pour étudier les systèmes d'assurances sociales de plusieurs pays sous régimes politiques divers et possédant des structures sociales fort différentes : Grande-Bretagne, France, Suède et Tchécoslovaquie. Les centres de santé de base observés dans ce dernier pays impressionnent favorablement les visiteurs. Le modèle des centres locaux de santé (CLS) est-il

né à ce moment-là dans l'esprit des commissaires? Le climat politique de l'époque en Amérique du Nord ne permettait pas de s'y référer ouvertement. Le risque de se faire targuer d'obédience communiste ne pouvait être couru par la Commission et son président!<sup>1</sup> En réalité, les références de la CESBES concernant les centres locaux de santé, archétypes des CLSC, viendront essentiellement des États-Unis.

Derrière cette anecdote se cache l'origine complexe des Centres locaux de services communautaires (CLSC), enracinée dans les transformations sociales du Québec des décennies 1960 et 1970,

déterminantes pour ces nouvelles institutions sociosanitaires. Dans la réalité, plusieurs courants inspireront la naissance des CLSC. Encore une fois, la CESBES et le nouveau ministère des Affaires sociales (MAS) des années 1970 ne feront pas table rase du passé, même s'ils sont vigoureusement critiques vis-à-vis des structures de santé existantes telles les unités sanitaires de comté (USC) et adhèrent sans réserve au nouveau paradigme de la médecine globale. Cette création au sein du Québec des années 1970 s'érige, elle-même, dans un contexte international d'essor ou renouvellement de ce que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) nommera plus tard, à Alma Ata, soins de santé primaires. Se déployant sur une base locale fréquemment à l'instigation d'individus ou de groupes engagés dans leur milieu, chaque CLSC possède une histoire particulière qui mériterait une étude en elle-même. Ces monographies historiques restent encore trop rares et n'ont pas fait l'objet d'une recension systématique. Derrière les particularités de chaque CLSC se dégagent cependant des traits communs qu'explique en particulier l'intervention centrale du MAS, rebaptisé par la suite ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour les modeler ou les réorienter. De plus, à l'image d'autres organisations sanitaires du pays comme les hôpitaux, les CLSC se sont dotés rapidement d'une représentation nationale: la Fédération des CLSC (FCLSC). Celle-ci tiendra un rôle important de groupe de pression à l'externe mais aussi d'arbitre à l'interne entre les différents courants de pensée et groupes de professionnels qui ont marqué la naissance et le développement des CLSC. Cette histoire est également indissociable de celle des cabinets privés de médecins qui constituaient et constituent encore à former la porte d'entrée principale du système de santé et des services sociaux du Québec. De même, les CLSC ne peuvent être compris, tout au cours de leur vie mouvementée des trente dernières années, sans référence au modèle social qui devait remplacer le modèle médical dominant à l'époque dans le champ de la santé. Ce mariage proposé entre le médical et le social était-il réaliste?

Cinq grandes étapes peuvent être identifiées, de 1972 à nos jours: implantation et expérimentation, quasi moratoire, parachèvement, consolidation, nouvelle remise en cause. Elles se chevauchent partiellement mais permettent de reconnaître les moments forts et surtout, les

acteurs les plus significatifs dans cette histoire encore toute chaude d'une organisation sanitaire souvent présentée comme la vitrine du système de santé et des services sociaux du Québec.

Compte tenu du projet initial au début des années 1970 de réformer en profondeur et rapidement l'ensemble du système de santé, l'implantation des CLSC s'est déroulée plutôt au ralenti, le dernier ayant été créé en 1989. Pourquoi cette lenteur et ce quasi moratoire sur les nouvelles installations entre 1976 et 1979? Quel fut respectivement le rôle des groupes de citoyens, des politiciens et administrateurs du gouvernement central, mais aussi des professionnels rapidement concernés par la naissance de cette nouvelle organisation sanitaire? Médecins, infirmières et travailleurs sociaux étaient déjà bien connus, une nouvelle catégorie professionnelle apparaît, les organisateurs communautaires. Quelle place ces derniers tiennent-ils dans les jeux de pouvoir inévitables entre ces différents acteurs?

De 1980 à 1990, le parachèvement semble s'imposer à tous et pourtant les changements, comme la mise en place d'une nouvelle commission d'enquête, viennent à nouveau perturber cette phase de développement apparemment tranquille. À partir de 1990, l'ensemble du système est à nouveau en réforme, la décentralisation se renforce, les nouvelles régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) succèdent aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). Les départements de santé communautaire (DSC) et les centres des services sociaux (CSS), partenaires souvent rivaux, disparaissent. Apparemment, la place des CLSC s'est enfin consolidée. Cependant, ils se retrouvent bientôt confrontés au bouleversement provoqué par des coupures budgétaires draconiennes du milieu de la décennie. En s'alliant avec de nombreux centres hospitaliers de longue durée (CHSLD), les CLSC tentent de renforcer leur position face à leurs éternels rivaux, à savoir les centres hospitaliers regroupés dans l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ).

Une troisième commission d'enquête se tient à compter de 2001, et laisse présager de nouvelles menaces sur l'avenir des CLSC en proposant la création de groupes de médecine de famille (GMF). La boucle est peut-être bouclée avec

l'arrivée d'un nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, et ses propositions d'abolir les régies et de créer des réseaux locaux intégrés de santé et de services sociaux.

## Implantation et expérimentation

### L'origine du concept de CLSC

L'idée de créer des centres publics de soins de première ligne au Québec découle du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social déposé en 1970. Instituée en 1966, la Commission s'intéressa de façon particulière à ces institutions. Fortement impressionnée par les expériences menées dans d'autres pays et surtout dans certains états américains comme la Californie et New York, elle recommande d'implanter une telle structure au Québec comme fer de lance de tout le système. Elle se réfère abondamment au Health Insurance Plan de New York et à la Kaiser Foundation, mais aussi à certaines cliniques populaires appelées Neighbourhood Health Centers, pour montrer comment ces régimes réduisent considérablement le recours coûteux aux soins spécialisés dispensés dans les hôpitaux. Une collaboration parfois étroite s'est développée entre certains commissaires ou plus tard collaborateurs de Claude Castonguay et des chercheurs de l'École de santé publique de Harvard (Lee, 1979). Curieusement, la Commission ignore complètement l'existence des cliniques populaires de Montréal et de Québec qui reflètent l'esprit des cliniques américaines (CESBES 1970, p. 43 et 181-85).<sup>2</sup>

Par ailleurs, tout en affirmant que la rémunération à l'acte et la réalisation d'une médecine globale demeurent inconciliables, elle ne recommande pas d'éliminer la médecine libérale à laquelle sont associés la grande majorité des médecins, mais plutôt que les médecins exerçant seuls s'affilient à un centre local de santé (CESBES 1970, p.105 et 233).

Les services sociaux ne sont pas inclus dans ce plan. Ils feront l'objet d'un rapport spécifique, déposé seulement en 1972, dans lequel la Commission se montre aussi critique vis-à-vis des services sociaux existants qu'elle l'avait été à l'égard des services de santé, qu'elle désigne

sous l'appellation «ancien régime». Elle propose de les réorganiser selon deux niveaux: un niveau de base, près de la communauté et un niveau plus spécialisé. Elle ne recommande pas l'intégration avec les services de santé mais plutôt d'établir des liens de complémentarité (Renaud, 1978).

Peu de temps après le dépôt du rapport de la Commission, le gouvernement regroupe la santé et les services sociaux sous l'égide du nouveau ministère des Affaires sociales dont le titulaire est l'ancien président de la Commission. Le Ministre et ses fonctionnaires se mettent immédiatement à la tâche pour élaborer le projet de réorganisation des services de santé et des services sociaux, selon l'esprit du rapport de la Commission, à quelques différences près, qui aboutit à l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en décembre 1971. Le centre local de santé prôné par la Commission deviendra le CLSC intégrant soins de santé et services sociaux dans une même structure. Le CLSC est un établissement autonome qui jouit d'une indépendance complète par rapport aux hôpitaux et aux centres de services sociaux (CSS) nouvellement créés, tout en étant financé à cent pour cent par le ministère des Affaires sociales. Il détient le mandat d'offrir toute la gamme des soins de santé et services sociaux généraux à la population d'un territoire déterminé avec des équipes pluridisciplinaires. Pour favoriser la participation populaire, il est géré par un conseil d'administration dont quatre membres sur treize sont des représentants élus de la population du territoire concerné. Les services à offrir sont clairement définis dans un premier document ministériel datant de 1972. En plus de l'accueil, ils devront offrir trois types de services: les soins de santé curatifs et préventifs de base; les services sociaux qui répondent aux besoins courants des individus; l'action communautaire dans le but d'amener la population à participer à l'identification et à la solution des problèmes de santé et sociaux du milieu par l'information, l'animation et l'éducation (MAS, 1972). L'action communautaire, par son caractère novateur et souvent provocateur ou contestataire, fera l'objet de critiques et même d'oppositions virulentes de la part des milieux et des organismes plus conservateurs. Lorsqu'on s'en tient à ce premier texte les balises de ce que devraient être les CLSC

paraissent bien établies. La réalité du terrain contrastera grandement des initiatives communautaires ayant déjà occupé, ce dernier, créant des cliniques populaires dans les quartiers défavorisés de Montréal (Boivin, 1988).

### Les premières implantations

La loi définissant la composition et le mandat des CLSC adoptée, le Ministère se lance aussitôt dans l'opération de l'implantation. Plusieurs documents apportent des précisions sur leur place et leur rôle dans le système de santé et de services sociaux. Ainsi, selon le sous-ministre Jacques Brunet, ils constitueront le premier point de contact des individus avec les services de santé et les services sociaux, devenant la principale porte d'entrée du réseau public des affaires sociales. Ils pourront répondre à près de 80% de la demande de services dans le territoire qu'ils desservent (Brunet, 1972 et 1973). Pour réaliser les objectifs de services personnalisés et de participation de la population, ils doivent être de taille relativement modeste pouvant desservir des bassins de population d'environ dix mille personnes en milieu rural et trente mille en milieu urbain, ce qui devait porter le nombre à deux cents unités, une fois le réseau complété (Roy, 1987, p. 10). Dans les deux premières années, de 1972 à 1974, on en crée soixante-cinq dans les différentes régions de la province (Bélanger, 1992, pp. 10 et 35). Le processus d'implantation consistait dans la mise en place d'un comité composé de citoyens intéressés par les questions de santé et de bien-être du territoire. Plusieurs de ces comités se sont mis en place avant même qu'un agent du ministère n'en suscite la formation. Une fois accrédités, ils recevaient un budget d'implantation leur permettant d'engager les ressources nécessaires pour analyser les besoins sociosanitaires de la population du territoire, de procéder aux consultations pertinentes et d'élaborer un programme en réponse à ces besoins locaux. Après ce processus qui pouvait s'échelonner sur un an, un an et demi, le comité promoteur présentait son projet de programmation au Ministère. Il y avait alors négociation entre celui-ci et le Ministère pour déterminer le budget annuel du nouveau CLSC. Cette façon de procéder a donné lieu à une grande diversité dans les programmes des premiers CLSC.

Pendant que les premiers CLSC se mettaient en place, les autres portes d'entrée dans le système de santé et de services sociaux se multipliaient ou se consolidaient, réservant aux CLSC une place limitée, peu compatible avec les déclarations répétées du Ministère à ce sujet. Ainsi, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), considérant cette nouvelle institution comme une menace, incitait ses membres à ne pas s'y engager et encourageait, par tous les moyens, le développement d'un réseau étendu de polycliniques privées et l'établissement d'un système de garde régional comme moyen de se maintenir comme principale voie d'accès aux soins curatifs. Quelques années plus tard, considérant la menace écartée, elle adoptera une attitude plus ouverte en acceptant l'affiliation d'un syndicat des médecins de CLSC, réclamant et obtenant la modification de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour permettre, suivant le modèle hospitalier, la création de conseil des médecins dans chaque CLSC où il y a trois médecins ou plus (Desrosiers, 1986, pp. 8-9).

En outre, toujours au tournant des années 1970, lorsque le Ministère a commencé à freiner l'expansion des services d'hospitalisation des hôpitaux pour maîtriser l'augmentation constante des coûts, la principale mesure adoptée a été de renforcer les services hospitaliers externes par un investissement massif, concourant ainsi, contrairement au discours officiel, à renforcer leur place dans les soins de première ligne (Desrosiers et Gaumer, 1987).

Dans le domaine des services sociaux, les deux nouvelles institutions, les CSS et les CLSC, devaient remplir des missions complémentaires: les services sociaux spécialisés pour les premiers et les services sociaux généraux pour les seconds. Pour ce faire, une partie des effectifs des CSS devaient être transférés aux CLSC. Mais ce transfert ne se concrétisera qu'à compter des années 1983-84, hypothéquant la fusion souhaitée, initialement, entre le médical et le social (Parenteau, 1986, pp. 12-13).

### Une première évaluation en 1975

Moins de trois ans après la définition même du CLSC, et seulement deux ans après les premières implantations, le MAS, sous l'influence

de pressions externes plutôt qu'internes, mandatait un groupe d'étude pour établir une première évaluation de l'expérience. Deux rapports étaient déposés, en juin 1975, sous le nom de Rapport bilan: le premier exprimait le consensus de quatre membres sur six; le second, celui des deux autres membres, présentait une opinion différente, notamment quant à l'orientation communautaire (Parenteau, 1986, p. 18).<sup>3</sup> Suivant le rapport majoritaire, on pouvait classer les premiers CLSC, en fonction des programmes adoptés, selon trois modèles: le modèle axé sur les services, le modèle orienté en fonction du développement communautaire, le modèle mixte. Dans le modèle axé sur les services, le type de pratique se caractérisait par la prédominance presque exclusive de services de santé curatifs. Ce type de pratique se retrouvait essentiellement dans les CLSC où les médecins étaient rémunérés à l'acte. On les trouvait aussi bien dans les régions rurales, semi-rurales ou urbaines. Dans le modèle axé sur le développement communautaire, l'action communautaire devenait une référence pour les autres pratiques – médecine, soins infirmiers, service social – le mode prédominant d'intervention étant la prévention autant au niveau des consultations individuelles qu'au niveau des groupes. Les enquêteurs constataient que l'intégration de ce type de CLSC dans le réseau des services de santé demeurait très faible. Dans ce contexte, le CLSC était considéré comme un instrument donné au milieu pour qu'il puisse réaliser des changements sociaux plus globaux. On y retrouvait souvent une idéologie anti-service, le service étant identifié au professionnalisme de type traditionnel et considéré comme une entrave à l'atteinte d'objectifs jugés plus valables comme la conscientisation, la transformation du milieu. Dans le modèle mixte, la composante préventive paraissait importante, tout en laissant une place prépondérante à la composante curative. Les médecins y étaient rémunérés à salaire (Champoux *et al.*, 1975, pp. 19-43).

Le rapport d'évaluation contenait vingt-quatre recommandations visant à corriger les lacunes constatées. Voici celles qui nous semblent les plus importantes:

*«Qu'un réseau public d'établissements dispensant des services de santé et des services sociaux*

*généraux soit implanté et que les CLSC tels que définis par la loi se voient confier cette responsabilité.*

*Que les pratiques professionnelles développées dans les CLSC se conforment au modèle mixte présenté dans ce rapport.*

*Que les CLSC soient des établissements de petite taille pour être près des populations à desservir.*

*Que le mode de rémunération de base pour tout le personnel soit le salariat.*

*Que des liens étroits, fondés sur une base volontaire, s'établissent entre les établissements du réseau afin d'assurer la continuité des services.*

*Que les départements de santé communautaire abandonnent, au profit des CLSC, les services préventifs généraux hérités des unités sanitaires et des services de santé municipaux, avec le personnel qui y est attaché.*

*Que les CLSC favorisent l'accessibilité de certains services aux autres établissements du réseau public ainsi qu'au secteur privé.*

*Que les centres de services sociaux abandonnent, au profit des CLSC, les services sociaux non spécialisés avec le personnel qui y est attaché.*

*Que les conseils régionaux des services de santé et des services sociaux aient la responsabilité de la coordination des services généraux dispensés sur leur territoire.*

*Que le Ministère limite stratégiquement le développement de nouveaux CLSC afin de consolider les quelque soixante-dix existants, et qu'il favorise en priorité une infrastructure permettant un développement efficace des nouveaux CLSC». (Champoux *et al.*, 1975, pp. 103-06).*

Pour sa part, le rapport minoritaire qui portait exclusivement sur les services sociaux et l'action communautaire concluait qu'il est primordial que les CLSC puissent maintenir dans tous les milieux l'interaction fondamentale entre les trois dimensions: santé, social, communautaire, ce qui suppose la reconnaissance de l'autonomie de ces trois dimensions (Alary et Leseman, 1975, p. 96).

Selon Maurice Roy<sup>4</sup>, «les CLSC de l'époque préféraient le rapport minoritaire parce qu'ils se reconnaissaient dans l'analyse et les perspectives d'avenir. Pour sa part, le ministère préférait de beaucoup le rapport majoritaire parce qu'il proposait un cadre de références plus simple et plus traditionnel, facilement compréhensible pour les décideurs de l'époque. Plusieurs des recommandations contenues dans le rapport majoritaire allaient être réalisées, entre 1975 et 1986. Quant aux recommandations du groupe minoritaire, on n'en entendit plus jamais parler». (Roy, 1987, pp. 19 et 21).

## Une période d'expectative ou le quasi moratoire

Durant la deuxième moitié des années 1970, le développement de nouveaux CLSC est au ralenti, le gouvernement invoquant des difficultés budgétaires. Alors qu'en 1975, après trois ans, on en comptait déjà soixante-dix, durant les cinq années qui ont suivi, seulement quinze nouveaux étaient créés, au cours de l'année 1976-77 ( voir l'annexe 1).

En 1976, le Parti québécois arrive pourtant au pouvoir avec, dans son programme, l'intention de «prévoir un personnel qualifié et suffisant pour faire de la prévention, de l'éducation populaire, de l'organisation communautaire à l'intérieur des CLSC» (Vaillancourt, 1983). Les réalisations ne se montreront pas à la hauteur des attentes de ceux qui espéraient un virage par rapport aux inquiétudes suscitées par le précédent ministre libéral de la santé, Claude Forget, qui avait décrété, trois mois après la création de la Fédération des CLSC, un moratoire sur les nouvelles implantations. Ce dernier est toutefois maintenu, à cause des coupures budgétaires liées à la politique d'austérité du nouveau gouvernement du Québec. Cependant, après une longue période de réflexion nourrie d'échanges intenses avec le terrain, le ministre des Affaires sociales, Denis Lazure, s'appuyant sur le rapport majoritaire de l'équipe bilan, propose à la FCLSC d'accélérer le parachèvement du réseau.

### Naissance de la Fédération des CLSC

C'est en mai 1975 que seize CLSC décident de se donner un instrument pour défendre leur

existence, mieux se définir et pour s'imposer comme partenaire dans le réseau des Affaires sociales. Les premières années, sous la présidence d'André Tétrault (1975-1978) et de Jacques Jobin (1978-1979), sont consacrées à définir les rôles et fonctions des CLSC et à préciser leur place dans le système sanitaire. Le premier était responsable de la formation des cadres à Hydro-Québec et ce sont ses engagements sociaux avec des groupes populaires qui l'amènent à participer à la fondation du CLSC Rivière-des-Prairies dont il deviendra le premier directeur. Jacques Jobin, après dix ans d'engagement en coopération internationale dont trois en Afrique, est recruté par sa municipalité d'origine, Buckingham, comme directeur général du CLSC qu'il va fonder en milieu rural. Représentant successivement «les CLSC des villes et les CLSC des champs», l'un comme l'autre vont batailler durement pour faire reconnaître les jeunes organisations qu'ils représentent, vaincre le scepticisme des politiciens, corriger la vision plutôt défavorable colportée par les médias et se faire connaître de la population. Avec la présidence de Pierre Ouimet (1979-1982), la Fédération se donne comme objectif prioritaire d'établir la crédibilité de ses membres auprès de la population par des stratégies d'excellence plutôt que de compter sur des gouvernements versatiles. Les congrès annuels constitueront des temps forts, permettant de bâtir et de consolider les assises du mouvement, de donner les orientations en devenant l'interlocuteur incontournable du MAS. Au congrès de la FCLSC de 1980, les CLSC et les centres de santé s'engagent à développer les services courants et leur accessibilité, les services de santé et sécurité au travail, le maintien à domicile, les programmes d'aide aux jeunes et les services de planification des naissances<sup>5</sup>. La route sera encore longue pour concrétiser tout cela, de nombreuses embûches à l'interne comme à l'externe se chargeant de ralentir cette progression.

### Le temps de la réflexion ou le *statu quo*

Il n'était probablement pas possible au nouveau gouvernement péquiste d'avaliser une situation qui avait été créée par le précédent gouvernement libéral qu'il avait combattu. Le ministre Denis Lazure se donne le temps de la réflexion et de la consultation de la population. La Fédération ne reste pas inactive, ses premiers

présidents prenant leur bâton de pèlerin pour mobiliser des organisations protégeant farouchement leur autonomie, tentera de convaincre des politiciens ayant d'autres priorités et des fonctionnaires du MAS plutôt tièdes vis-à-vis de l'expérience. Lors d'un long entretien avec René Lévesque, la délégation de la toute jeune Fédération réussit à convaincre le nouveau gouvernement de la crédibilité des organisations qu'elle représente. Suite à cette rencontre, un premier mandat officiel leur est accordé par le MAS, concernant le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie qui deviendra et demeurera l'axe de services le plus performant pour les CLSC. Cette période de quasi moratoire sera l'occasion pour ceux qui sont déjà créés de consolider leurs activités, d'apprendre à faire davantage avec moins de ressources et de reconnaître les programmes les plus importants (Bélanger, 1992).

En août 1976, le MAS avait publié un document de travail sur les CLSC intitulé *Perspectives à l'égard des CLSC* qui voulait clarifier les objectifs, la nature et les fonctions de cette catégorie d'établissements. Ce texte, rédigé unilatéralement par le MAS, suscita une vive réaction de la Fédération et de ses membres qui y virent une tentative de réorienter les CLSC en mettant en veilleuse les objectifs de la réforme. Il était jugé incompatible avec la définition que les CLSC venaient d'adopter. À la suite du changement de gouvernement en novembre 1976, un nouveau document d'orientation fut conjointement réalisé par les fonctionnaires du MAS et des représentants de la Fédération sous le titre *Rôles et fonctions des CLSC*. Ce texte a été officiellement accepté, par le ministre Denis Lazure, le 28 janvier 1978, et est demeuré par la suite le principal écrit ministériel sur les orientations que le Ministère voulait donner aux CLSC (Parenteau, 1986, pp. 26-28).

## Le Parachèvement

Il faudra attendre 1981 pour que le ministère des Affaires sociales se décide à poser des gestes de confiance à l'endroit des CLSC et à leur confier des mandats et des responsabilités précises en matière de distribution de services. Il officialise alors son intention formelle de couvrir l'ensemble

du territoire du Québec d'un système global et généralisé de services publics de première ligne en matière de santé et de services sociaux (MAS, 1981). Cent soixante districts sociosanitaires identifiés devaient constituer le cadre géographique d'intervention de ces services. Alors qu'aucune implantation n'avait été réalisée entre 1977 et 1981, l'année financière de 1980-1981 est marquée par l'ouverture de seize nouveaux établissements. Le rythme se ralentit, les deux années suivantes, mais s'accélère à nouveau à partir de 1983-1984. Plus rien ne paraît s'opposer au parachèvement du réseau pour couvrir l'ensemble du territoire du Québec. Et pourtant, les difficultés qui ont présidé aux premiers développements ne sont pas disparues pour autant. Les cliniques médicales privées se renforcent elles aussi, attirant plus facilement les nouveaux médecins et constituent toujours en réalité la première porte d'entrée dans le système de santé et des services sociaux. L'intégration du personnel des anciennes unités sanitaires et des services de soins à domicile incorporé au préalable dans les DSC s'effectue lentement. Les CSS ne sont pas pressés non plus à transférer personnel de première ligne et budget correspondant, acceptant mal le concept de services sociaux de première ligne. Pour le Ministère comme pour la Fédération des CLSC cependant, la consolidation du réseau s'impose. Le rapport du comité présidé par le docteur Brunet va en rendre compte officiellement et le transfert de toute la première ligne s'effectuera, malgré les résistances.

### Le rapport Brunet et la normalisation

En janvier 1986, la Fédération des CLSC adresse à madame Thérèse Lavoix-Roux, nouvelle ministre de la Santé et des Services sociaux, un mémoire intitulé: *Les CLSC face aux enjeux des années 90: une nécessaire consolidation*. Il ne s'agit pas seulement d'un plaidoyer en faveur d'un parachèvement du réseau. Rappelant les principales raisons qui ont freiné la mise en place de ces nouvelles organisations: contestation par des groupes populaires ne voulant pas se faire récupérer et par des groupes professionnels voyant leurs intérêts menacés, la Fédération dénonce les inégalités de développement selon les régions, les territoires couverts et l'année de création, alors que tous devraient remplir

les mêmes responsabilités à l'endroit de leur population. Le vieillissement de la population, la santé mentale et l'accessibilité des services sont considérés comme prioritaires, nécessitant des investissements supplémentaires. Quelques mois plus tard, le Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, présidé par le docteur Brunet, dresse un portrait de ces derniers, mettant en relief la multiplicité et la diversité de leurs services qui nuiraient à leur efficacité. Mandaté par la nouvelle ministre libérale dans un contexte de restrictions budgétaires et de rationalisation des ressources, le Comité trouve « normal que l'on ne veuille garder que ce qui paraît essentiel dans les services et émonder ce qui paraît accessoire ». Les propositions des neuf experts paraissent en effet sévères mais seront endossées au cours des années subséquentes.<sup>6</sup> La nécessité des services et des soins de première ligne, prônée par l'OMS, est une nouvelle fois réaffirmée. Les difficultés rencontrées dans le long parcours d'une implantation qui devait s'opérer rapidement sont rappelées: résistance des médecins, passivité du ministère, personnel dérangeant à tendance contestataire, intégration laborieuse de ceux qui venaient des DSC et des CSS. Pour le Comité, cette page des CLSC doit être définitivement tournée. Le modèle proposé a le mérite de la clarté et de la simplicité. Tous les CLSC, à la campagne comme à la ville, devraient offrir un tronc commun de cinq services semblables: services de santé et services sociaux courants, services de maintien à domicile, un programme de santé mentale, un programme enfance famille, un programme jeunesse. Un dernier programme découlerait des priorités locales. Dès la parution du rapport du Comité, on assiste à une levée de boucliers, surtout de la part des organisateurs communautaires (Bourque, 1990). Le panier de services de base défendu par le Comité est vigoureusement pourfendu par ceux qui défendent la spécificité de chaque CLSC et son enracinement dans la communauté locale. La « macdonalisation » des CLSC est dénoncée par ceux qui ont milité ardemment pour des institutions sociosanitaires de base enracinées dans le tissu social local et collant à ses besoins. Période très difficile, voire même plutôt inquiétante, pour le nouveau président de la Fédération, Maurice Payette, que cet après-rapport Brunet (Boucher, 1998, p. 5) Le risque était grand en effet de voir

le travail communautaire abandonné ou réduit à la portion congrue, le comité distinguant deux types d'action communautaire, l'une relevant des professionnels du CLSC, l'autre d'intervenants externes<sup>7</sup>.

### Le transfert de toute la première ligne

Au début des années 1980, les travailleurs sociaux sont encore peu nombreux dans les CLSC. Comme l'indiquait l'un d'entre eux, pour le profane utilisant les services psychosociaux de ces nouveaux établissements, au premier coup d'œil rien ne les distingue des psychologues ou des sexologues (Richard, 1985). Les CLSC vont-ils alors devenir le laboratoire de la transformation du travail social, abandonnant le « case work » (ou caseload) au profit de l'action communautaire? Les duplications d'intervention seraient fréquentes avec les CSS et ces derniers sont souvent accusés d'avoir technocratisé le travail social, c'est-à-dire de l'avoir enfermé dans un cadre rigide de gestion.

Les CSS ont été institués comme les CRSSS par la Loi de 1971 sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agissait alors de regrouper tous les services sociaux dispersés dans quarante-deux agences diocésaines mais aussi dans les centres hospitaliers, les commissions scolaires, les centres d'accueil, les cliniques d'aide à l'enfance, les services de probation juvénile, de consultation conjugale et les services aux immigrants. Quatorze centres de services sociaux ont alors été établis dans les différentes régions du Québec dont trois à Montréal pour les communautés francophone, anglophone et juive. Ils vont s'atteler à la tâche de réorganiser le travail social en le rationalisant.

Le parachèvement des CLSC, décidé en 1981 par le ministre Denis Lazure, après bien des tractations et des hésitations, amènera la Fédération des CLSC à proposer le transfert à ces derniers de ce qu'elle appelait les services sociaux locaux (FCLSC, 1983). La distinction proposée entre services sociaux dits courants et services spécialisés telle qu'adoptée dans le champ médical ne paraît pas opérationnelle et n'est pas acceptée par la majorité des travailleurs sociaux. Un cadre de partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux est alors élaboré par le MAS et les CRSSS sont chargés de le mettre en œuvre conformément d'ailleurs à un mandat qui leur



avait déjà été confié, en 1982. La même opération de transfert des DSC vers les CLSC des services de santé de première ligne est également sous leur responsabilité. C'est en effet en 1982 que le MAS établit que les DSC ne fourniraient plus de services directs à la population, devant se concentrer sur leurs fonctions de protection de la santé publique, prévention et promotion. Le transfert de ce personnel sera plus aisé que celui des CSS, de nombreux CLSC étant déjà virtuellement créés par fiducie regroupant le personnel de terrain sur une base territoriale correspondant à leur futur territoire. Les CSS n'accepteront pas de gaieté de cœur cette réduction radicale de leur champ d'intervention, d'autant qu'il s'accompagne d'un transfert des budgets. Au 31 décembre 1982, les quatorze CSS offraient cent trente-cinq points de services à la population, alors que les cent quatre CLSC n'en disposaient que de cent dix, provoquant chevauchement de compétences, duplication de services et confusion dans l'esprit des utilisateurs. Toujours en décembre 1982, 451 professionnels des services sociaux (travailleurs sociaux, psychologues, organisateurs communautaires, agents de relations humaines, agents d'information et autres intervenants sociaux), soit 16,8%, étaient à l'emploi des 104 CLSC en opération, alors que 2229 praticiens sociaux professionnels, soit 83,2%, œuvraient à l'intérieur des 14 CSS. Le cadre de partage des responsabilités ainsi établi après plus de dix ans de vie parallèle entre les deux institutions établies juridiquement par la même loi de 1970 permettra l'ouverture d'une nouvelle vague de CLSC ainsi que le renforcement de ceux qui existaient déjà, sans coût additionnel pour le MAS. Les CSS conserveront essentiellement les fonctions qui leur avaient été attribuées en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse, les services sociaux requis en matière d'adoption, auprès des tribunaux ou relativement au développement et au soutien du réseau des familles d'accueil. Les services sociaux hospitaliers demeurent également rattachés aux CSS. Tous les autres centres d'activités sont transférés progressivement aux CLSC, renforçant ainsi la composante sociale de leur mission. La surmédicalisation avait été dénoncée par certains et en particulier par la Fédération qui souhaitait un rééquilibrage des missions en développant un volet sociocommunautaire plus fort (Desjardins, 1984). À l'inverse, le président de l'Association des médecins de CLSC dénonçait le mal-être de

ses membres tantôt dénigrés, tantôt utilisés pour attirer la population au CLSC et « faire passer la prévention ». Redoutant un partage des rôles très compliqué avec les partenaires à l'interne—travailleur social, psychologue et organisateur communautaire—il s'attend à des conflits de champs professionnels assez coriaces! Ce sera trop souvent le cas, faisant douter encore une fois de l'efficacité et même de l'utilité des CLSC. Malgré toutes ces tensions, une culture organisationnelle s'est élaborée progressivement, facilitée par les initiatives de la Fédération et les nombreux échanges qui se sont produits entre les intervenants des différents CLSC (Poupart *et al.*, 1986).

### La commission Rochon et la consolidation

«*A-t-on besoin des CLSC? Les 148 CLSC devaient désengorger les urgences. On y trouve des clubs d'amaigrissement, des cours d'autodéfense, des coopératives funéraires, des thérapies sexuelles.* » C'est ainsi que les CLSC seraient perçus par une journaliste qui contribue à former l'opinion publique (Demers, 1987). Les anecdotes qu'elle rapporte reflètent probablement l'image qu'en a cette opinion publique. Le diagnostic paraît sévère mais il est peut-être partagé partiellement par la ministre de la Santé ou son entourage qui décide, en 1987, un nouveau quasi moratoire sur les CLSC en attendant qu'ils se réforment conformément aux orientations proposées par le comité Brunet. Et pourtant, la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux présidée par Jean Rochon s'était montrée plutôt favorable aux CLSC, recommandant le renforcement de leur mission, mais se démarquant sensiblement du comité Brunet, «*en ne la restreignant pas (leur mission) à un seul programme en plus des programmes de base*» (CESSS, 1988, p. 543).

### La consolidation

En 1991, le gouvernement du Québec adopte une nouvelle loi sur l'organisation des services de santé et de services sociaux bousculant passablement la précédente. On parle alors de nouvelle réforme à la manière des années 1970. Suite au dépôt du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux présidée par le docteur Rochon, les deux ministres

de la Santé et des Services sociaux qui se succèdent entreprennent alors une large consultation dans les régions, plus particulièrement auprès des milieux de la santé. Le citoyen doit être replacé au centre du système et ce dernier ne doit plus être dominé par les professionnels et les associations d'établissements. La régionalisation de la gestion est renforcée par la création de dix-huit régies régionales de la santé et des services sociaux, remplaçant les défunts CRSSS.

### La réforme Côté : inverser la pyramide ?

Pour la première fois peut-être, la nouvelle loi sur l'organisation des services de santé et des services sociaux semble claire quant à l'importance à accorder à la première ligne, soufflant un vent d'optimisme dans le réseau des CLSC. Ceux-ci sont enfin reconnus officiellement comme la base de la pyramide du système de santé et de services sociaux. Des réallocations de ressources vers cette première ligne devraient en découler, permettant le développement de nouveaux services et la réorganisation en aval et en amont d'un réseau hospitalier en plein réaménagement. Il fallait inverser la pyramide du système de santé comme le proposait le président de la Fédération devant la Commission parlementaire préparant une nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux à Québec, en mars 1990<sup>8</sup>. La métaphore sera reprise par le ministre Côté. L'intégration des DSC dans les nouvelles Régies régionales de la santé et des services sociaux et la transformation des CSS en Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) parachèvent le transfert des ressources de première ligne vers les CLSC, contribuant d'autant à leur renforcement.

D'élément marginal du système de santé et de services sociaux, au début des années 1970, les CLSC se transforment en partenaire majeur représentant d'une première ligne de plus en plus reconnue comme essentielle. Certains continuent cependant à craindre que cette reconnaissance par les autorités administratives centrales et régionales, dont elles dépendent quasi entièrement sur le plan financier, se traduise par une perte d'autonomie dommageable, quant à leur capacité à intervenir sur les déterminants socio-économiques de la santé comme le chômage. La controverse à ce sujet n'est pas close !

En 1995, les CLSC paraissent avoir atteint un rythme de croisière. Finalement acceptés, semble-t-il, à l'intérieur du réseau québécois de la santé et des services sociaux, ils bénéficient toujours à l'extérieur d'un préjugé favorable et sont enviés de tous ceux qui, dans le monde, cherchent à considérer les centres communautaires de santé comme l'axe principal des réformes des systèmes de santé. Comme l'indique, à cette époque-là, Jeanne D'Arc Vaillant, directrice générale de la Fédération des CLSC du Québec : « Il est difficile de comprendre, pour un observateur extérieur, les multiples obstacles rencontrés au cours des vingt dernières années. Le portrait peut paraître des plus réjouissants. Pourtant, à chaque changement de gouvernement ou de ministre, à chaque transformation du système, les CLSC ont été la cible de remises en question ou ont reçu de nouveaux mandats de services généralement sans ressources additionnelles » (Jeanne d'Arc Vaillant, 1995). La situation en 1995 peut paraître de plus en plus favorable. Le maillage du territoire est achevé, la fréquentation des services par la population s'améliore régulièrement. Le pourcentage des utilisateurs serait en effet passé de 11 % en 1979, à 23 % en 1984, puis à 33 % en 1995. L'enracinement dans les collectivités locales demeure et s'est plutôt renforcé, malgré le coup de barre donné à l'orientation du travail des organisateurs communautaires, suite au rapport Brunet de 1987. Les « mariages de raison » entre le social et le médical se sont multipliés, bien que le corps médical québécois reste dans son ensemble peu favorable à pratiquer une médecine générale en CLSC. Le ciblage des clientèles à risque s'opère de mieux en mieux mais au détriment cependant de l'accessibilité de l'ensemble de la population. Des efforts importants ont été déployés par la Fédération pour harmoniser les services de base à la grandeur du Québec bien qu'il demeure difficile de cerner la nature et le spectre de ceux-ci. Les coupures budgétaires rigoureuses inévitables, imposées par le surendettement du pays et de la province, sans remettre en cause l'existence des CLSC, feront peser sur eux en grande partie le poids du virage ambulatoire entraîné par la fermeture, elle aussi radicale, de lits d'hôpitaux de courte durée.

### Le virage ambulatoire et l'accessibilité continue (24 heures par jour, 7 jours sur 7)

Décreté par le ministre Côté, poursuivi et renforcé par Jean Rochon qui lui succède en pleine tourmente des coupures budgétaires, le virage ambulatoire reposera essentiellement sur les CLSC. Pour ces derniers, cela signifie d'abord l'amélioration de leur accessibilité qui passe ainsi progressivement à soixante heures semaine. La ligne info-santé CLSC, disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine est implantée dans tout le Québec, à partir de 1994. Les premières études menées dans trois régions pilotes avaient montré l'efficacité de ce service, entraînant une réduction significative d'utilisation des services des urgences des centres hospitaliers (Granger *et al.*, 1989). L'accessibilité géographique est également améliorée avec l'augmentation du nombre de points de services, portant de 125 à 645 le nombre de lieux de dispensation de services, à la fin de l'année 1999. Malgré des résistances ou des oppositions qui ne sont plus l'apanage des cliniques privées, tous les CLSC s'équipent de services médicaux courants. Le *Cadre de référence sur l'organisation des services médicaux en CLSC*, publié en 1993 par le MSSS, renforce le projet médical de la Fédération, appuyé par l'Association des médecins de CLSC. En 1991, les médecins représentaient 6% des professionnels intervenant dans ces établissements et un médecin omnipraticien québécois sur sept travaillerait en CLSC, plus fréquemment en régions éloignées (Munger et Rodrigue, non daté). Des médecins pratiquent en CLSC dans toutes les régions du Québec mais les modalités diffèrent passablement, bien que la controverse de CLSC avec ou sans médecin ait été abandonnée. En région isolée ou éloignée des grands centres urbains, les ressources médicales font fréquemment défaut et le CLSC, souvent un centre de santé, a été amené à développer des services médicaux adaptés à la situation.

Dans ce contexte est né le projet de «réseau de garde intégré», reliant 31 CLSC aux cabinets privés de leur territoire, appuyé par une entente conclue entre la FMOQ et le MSSS. Les résultats ne se montreront pas toujours à la hauteur des espérances des promoteurs de cette initiative pourtant primordiale. Dans beaucoup de CLSC et pendant encore longtemps, les programmes

de prévention par clientèles accaparent la majorité du temps de travail des médecins.

### Fusion avec les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD)

Au printemps 1996, l'adoption d'une nouvelle loi vient modifier la cartographie du réseau de la santé et des services sociaux en décidant de limiter à un seul conseil d'administration par territoire la gestion des CLSC et des CHSLD pour les régions extérieures aux grands centres urbains. Un grand nombre d'établissements vont alors fusionner, malgré l'opposition de la Fédération, plaidant en faveur de CLSC locaux ancrés dans la réalité des milieux desservis (Bouchard, 1998). En 1998, le Québec ne comptait plus alors que 151 CLSC, dont 48 considérés comme étant multivocationnels, 11 centres de santé et 92 ayant conservé leur seule mission d'origine. Avec les coupures budgétaires imposées par les deux niveaux de gouvernement, la rationalité économique et l'économie d'échelle qui dominent la pensée des politiciens et des gestionnaires accélèrent le mouvement, expliquant la fusion, en 1998, des deux fédérations sous le nouveau sigle d'Association des CLSC et CHSLD du Québec<sup>9</sup>.

### Nouvelle menace sur l'avenir

En septembre 2003, *Le Médecin du Québec*, porte parole de la FMOQ, dresse un portrait éloquent de la place des médecins dans les CLSC, ces derniers exerçant: «une véritable attraction sur les femmes et les jeunes». Apparemment, les médecins et en particulier les jeunes omnipraticiennes ne bouderaient pas la pratique médicale en CLSC, toujours attirées, comme leurs anciens collègues des années 1970, par la médecine globale que le travail en équipe pluridisciplinaire et l'abandon du paiement à l'acte permettent de concrétiser. Tout cependant n'est pas rose dans leur pratique quotidienne qui manque souvent de support administratif et se voit parfois ralentie par la hiérarchie des décisions. Pourquoi alors la proposition des groupes de médecine de famille, nouvelle idée et structure de santé de première ligne suggérée par la dernière Commission d'étude sur les services de santé et de services sociaux, en décembre 2000? À peine

annoncée comme la principale recommandation de cette nouvelle commission, la première vague étant laborieusement mise en œuvre, une nouvelle politique gouvernementale vient encore remettre en chantier le design des CLSC et peut-être celui des GMF en abolissant les RRSSS pour les remplacer par des agences régionales chargées d'établir des réseaux locaux de santé et services sociaux regroupant la première et la seconde ligne sur une nouvelle base territoriale.

### L'arrivée des GMF

Créée en juin 2000, la dernière Commission d'étude sur les services de santé et de services sociaux, présidée par Michel Clair, remet ses recommandations et propositions à peine six mois plus tard. Celles concernant les services médicaux et sociaux de première ligne attireront immédiatement l'attention par leur pragmatisme: «*la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecins*» est reconnue comme étant incontournable pour améliorer la performance dans ce secteur «*assise du système de santé et des services sociaux*». Il faut arrêter de vouloir à tout prix faire des CLSC la porte d'entrée de ce dernier alors que 80% des consultations médicales courantes ont lieu dans les cabinets privés. Constatant l'échec du mariage forcé entre ces deux structures, les commissaires proposent un partenariat formel, négocié de gré à gré. Aux CLSC reviendrait le mandat d'organiser la première ligne sociale, la première ligne médicale relèverait des nouveaux GMF. Reçue plutôt favorablement malgré l'abandon apparent d'intégrer sur une même base organisationnelle le médical et le social, la proposition des GMF est rapidement reprise par le gouvernement du moment. Une équipe de soutien à l'implantation d'un réseau de médecine familiale est mise en place au MSSS qui s'inspire de la stratégie suggérée par la Commission: «*agissons, avançons, évaluons et ajustons*» (CESSSS, 2000, p. 56). En 2002, au travers du plan d'action gouvernemental Horizon 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux, François Legault, s'engageait à implanter trois cents GMF en trois ans dont cent, la première année.<sup>10</sup> Il est trop tôt pour établir un bilan de la première vague de GMF et de son impact sur le fonctionnement des différents CLSC, d'autant qu'un changement de gouvernement, en avril 2003, marque un arrêt dans le projet.

### Les réseaux locaux de santé et de services sociaux

Ce nouveau gouvernement impose également des transformations d'importance dans la gouvernance du système. En 2001 déjà, une loi avait modifié la composition et le mode de formation des conseils d'administration des régions régionales de la santé et des services sociaux. Depuis lors, c'était le gouvernement qui nommait les administrateurs et le président-directeur général. En 2004, les Régies se métamorphosent, par la loi, en Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Le nouveau cadre législatif, tout en reportant la décentralisation au-delà des régions, souhaite développer la complémentarité, la coordination et l'intégration des services, sur une base locale, combinant intégration horizontale et verticale (Rodriguez, 2003). De nouveaux changements de structure s'annoncent pour les CLSC, dans le sens de nouvelles fusions risquant de supprimer complètement le modèle initial expérimenté à ses débuts, reconnu tardivement, et enfin consolidé avant de disparaître dans une nouvelle entité comme les unités sanitaires de comté en 1972?<sup>11</sup>.

## Conclusion

Encensés par certains qui les supporteront contre vents et marées, honnis par d'autres qui ne visent qu'à les affaiblir, espérant bien leur disparition, les CLSC demeurent au cœur des réformes successives qui agitent le système de santé et des services sociaux, depuis plus de trente ans. Bien que pesant relativement peu dans le budget du Ministère, leur position souhaitée, mais encore loin d'être réalisée, de porte d'entrée dans le système leur a permis de jouer un rôle clé dans la délivrance des services sociosanitaires à la population générale du Québec et surtout à ses groupes les plus vulnérables. Leur situation, en 2004, est probablement fort éloignée des perspectives imaginées par les réformateurs des années 1970 ou rêvées par ceux qui ont participé aux premières expérimentations. N'ayant pas réussi à maintenir ou même à développer pour certains la complémentarité entre leur trois composantes originelles –le médical, le social et le communautaire–,

les CLSC ont été amenés à cause de leur puissante tutelle à sacrifier le modèle imaginé à leurs débuts sur l'autel de la rationalité gestionnaire et des économies d'échelle.

Issu en partie des mouvements communautaires des années 1970, le développement des CLSC s'est effectué en dents de scie, marqué par des remises en question périodiques. Le modèle d'organisation des services de santé et services sociaux qu'ils représentent s'est constitué de façon empirique par essais et erreurs. Trop souvent mal-aimés par les politiciens qui les considèrent souvent comme des groupes de contestataires, mais aussi dans le grand réseau de la santé qui privilégie l'approche spécialisée et curative, les CLSC ont toujours éprouvé beaucoup de difficultés à faire reconnaître leur démarche privilégiée axée sur la prévention et leur action volontariste sur les déterminants sociaux de la santé ou de la maladie. Des facteurs internes liés aux différences de culture entre les acteurs professionnels essentiellement médecins, infirmières, travailleurs sociaux et organisateurs communautaires expliquent en partie ces difficultés. Le transfert du personnel en provenance des DSC et surtout des CSS s'éternisera, pour ces derniers à partir de 1985, en région, et seulement en 1993, à Montréal. Après de multiples difficultés, plus de trois mille

professionnels issus de cultures différentes s'intégreront aux CLSC et aux centres de santé. Quinze ans après les premiers CLSC, un comité ministériel confirme au Ministre la pertinence des CLSC et recommande le parachèvement enfin réalisé, à la fin des années 1980. Les tribulations de ces organisations ne sont pas pour autant terminées! A peine consolidées et malgré une consécration internationale reconnaissant l'originalité et la qualité de ce modèle québécois d'organisation des services de santé et des services sociaux de première ligne, de nouvelles orientations de l'ensemble du système viennent remettre en cause la particularité de ces établissements. Toutes ces transformations un peu chaotiques ont repoussé à l'arrière-plan le travail concret et souvent discret de ceux qui ont tissé l'histoire des CLSC.

L'impact des services rendus sur l'état de santé des québécois demeure, comme très souvent, un défi à relever, d'autant que ce bilan, pour tenir compte de l'enracinement et de l'engagement particuliers de chaque organisation, devrait être mené et évolué territoire par territoire. On ne peut que cependant constater la progression régulière de la pénétration des différents programmes développés tout au long de ces trente et quelques années d'efforts. ▣

## Notes

1–Entretien de l'un des auteurs avec Claude Castonguay, le jeudi 15 avril 2004, à son domicile montréalais.

2–Cet oubli est probablement involontaire, compte tenu de l'anecdote rapportée en introduction. La composition sociopolitique de la Commission et son mandat officiel ne lui permettent pas de se retrouver dans ces mouvements populaires contestant l'ordre établi ou appartenant carrément à une gauche radicale.

3–Cette division du comité lors du rapport n'est pas surprenante ne faisant que refléter les oppositions passées, présentes et futures entre la culture médicale dominante dans le rapport majoritaire et la culture sociale qui teinte le rapport minoritaire.

4–Maurice Roy a été directeur général du CLSC Samuel-de-Champlain, depuis 1978. Il l'était encore au moment de la publication de son livre, en 1987. Il avait été auparavant directeur général du CLSC Hochelaga-Maisonneuve et conseiller de la Fédération des CLSC du Québec.

5–Chaque congrès de la FCLSC représente probablement une étape décisive dans la vie des CLSC. Pour un aperçu des dix premières années, consulter *Dix ans ensemble*, Fédé Express, édition spéciale, automne 1985.

6–Le comité est exclusivement composé d'experts dont un directeur général de centre hospitalier universitaire qui le préside, deux coordonnatrices de programmes en CLSC, un représentant de la FCLSC, deux représentants de CRSSS, une représentante d'un CSS, une représentante du MSSS complètent l'équipe. La population ne sera pas consultée. Son président, le docteur Jacques Brunet, avait été très étroitement impliqué dans l'implantation de la première vague de CLSC, entre 1972 et 1976, en sa qualité de haut fonctionnaire du MAS.

7–En 1988, le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes communautaires en CLSC (RQIIAC) voit le jour, témoignant de la vitalité de cette nouvelle discipline professionnelle. Voir à ce sujet L. Favreau et Y. Hurtubise (1993), ainsi que R. Lachapelle et L. Chagnon (1994).

8–La pyramide inversée, document non signé et non daté, constituant possiblement le texte d'une conférence de Marcel Sénéchal, ancien président de la FCLSC, prononcée le 3 novembre 1999, conservé au siège de l'Association des CLSC et CHSLD.

9–En octobre 2001, du fait des fusions de CLSC avec des CHSLD (47), avec un CH (1), avec des centres de réadaptation (CR) (2), mais aussi de type plus complexe: CLSC-CH-CHSLD (22), CLSC-CHSLD-CR (1), CLSC-CH-CHSLD-CR (3), CLSC-CH-CPEJ-CHSLD-CR (4), il ne restait plus que 67 CLSC à mission d'origine. *Le système de santé et de services sociaux du Québec. Une image chiffrée*. Québec, octobre 2001. À noter: CPEJ pour centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

10–Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix (2002). Document disponible sur le site WEB du MSSS à la section documentation, sous la rubrique publications. [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

11–Consulter les réserves de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) au moyen de son document « La pratique médicale en CLSC et le projet médical territorial des futurs réseaux locaux », dans *Le Médecin du Québec*, 39 (5), mai 2004.

## Annexe 1

## Rythme d'implantation des CLSC 1972-1990

Année budgétaire	Nouveaux CLSC	Nombre total
1972-1973	33	33
1973-1974	32	65
1974-1975	5	70
1975-1976	aucun	70
1976-1977	15	85
1977-1978	aucun	85
1978-1979	aucun	85
1979-1980	aucun	85
1980-1981	16	101
1981-1982	6	107
1982-1983	2	109
1983-1984	15	124
1984-1985	13	137
1985-1986	17	154
1986-1987	aucun	154
1987-1988	4	158
1988-1989	2	160

Source : (J.-P. Bélanger, 1992, p. 35) d'après : État de situation des CLSC et des Centres de santé, données au 31 mars 1991, MSSS, novembre 1991.

## Annexe 2

### Définitions successives des CLSC

En 1971 (Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec [LSSSSQ], chapitre 48)

«Une installation autre qu'un cabinet privé de professionnels où on assure à la communauté, des services de prévention et d'action sanitaire et sociale, notamment en recevant ou en visitant les personnes qui requièrent pour elles ou pour leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodiguant de tels services, en les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide».

En 1981 (Un parachèvement qui s'impose, Denis Lazure, MAS)

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

En 1991 (Loi sur l'organisation des services de santé et de services sociaux ou chapitre 42)

«La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne à la population qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive et curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide».



## Références

- Alary, J. & Lesemann, F. (1975). *Les CLSC, Étude des dimensions sociales et communautaires*. Rapport au MAS. Montréal, 98 pages.
- Bélanger, J.-P. (1992). *Le développement des soins primaires au Québec: le cas des CLSC*. Colloque international sur les soins de santé primaires. Montréal, 45 pages.
- Boivin, R. (1988). *Histoire de la clinique des citoyens de St-Jacques*. Montréal: VLB éditeur.
- Bouchard, S. (1998). À la croisée des chemins. *CLSC express*, janvier, p 3.
- Boucher, G. (1998). Un quart de siècle d'histoire au cœur de la communauté. *CLSC express*, janvier.
- Bourque, D. (1990). Les CLSC à la croisée des chemins. La mise au pas tranquille des CLSC. *Nouvelles pratiques sociales*, 3(2), 43-57.
- Brunet, J. (1972). Politique en matière de santé du MAS. Document de travail, MAS, 86 pages.
- Brunet, J. (1973). La mise en œuvre des changements dans les services de santé au Québec. *L'Union médicale du Canada*, tome 102, janvier, 45-50.
- Champoux, L. et al. (1975). *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des CLSC dit « Rapport-bilan »*. Rapport au MAS, Montréal, 109 pages.
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? *Ruptures*, 8(1), 136-145.
- Demers, D. (1987). A-t-on besoin des CLSC? *L'Actualité*, 12(1), 40-44.
- Desjardins, L. (1984). La surmédicalisation des CLSC : une guerre de clientèle. *Canadian Medical Association Journal*, 130(1), 308A-308D.
- Desrosiers, G. (1986). *Le concept de centre de santé primaire intégré et le système de santé québécois*. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 15 pages.
- Desrosiers, G. & Gaumer, B. (1987). *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives*. Rapport présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec: Les Publications du Québec.
- Favreau, L. & Hurtubise, Y. (1993). *CLSC et communautés locales. La contribution de l'organisation communautaire*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.
- Favreau, L., Lachapelle, R., & Chagnon, L. (dir.) (1994). *Pratiques d'action communautaire en CLSC: acquis et défis d'aujourd'hui*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.
- Fédération des CLSC du Québec. (1977). *Rôles et fonctions des CLSC*. Texte rédigé conjointement avec le MAS, 22 pages.
- Fédération des CLSC du Québec. (janvier 1983). *Le développement de « services sociaux locaux »: un nouveau mode d'organisation du système de distribution de services*, Mémoire remis à monsieur Pierre-Marc Johnson, ministre des Affaires sociales du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1970). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, deuxième partie, titre deuxième, le Régime de santé, tome II, la Santé*.
- Gouvernement du Québec. (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Publications du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2000). *Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Les solutions émergentes*.
- Granger, D. et al., (1989). *Le bilan du fonctionnement des services 24/7 des régions de Lanaudière et des Laurentides*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Lee, S. (1979). *Québec's Health System: a Decade of Change, 1967-1977*. Monographie no 4. Toronto: Institute of Public Administration of Canada.
- MAS. (1972). *Les Centres locaux de services communautaires*. Québec, non signé, 19 pages.

MAS. (1976). *Perspectives à l'égard des CLSC*. Québec.

MAS. (1977). *Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires*, Québec.

MAS. (avril 1981). *Le réseau des CLSC au Québec: un parachèvement qui s'impose*. Politique du MAS.

MAS. (1984). *Le partage des responsabilités CSS-CLSC, en matière de services sociaux*. Québec.

Munger, A. & Rodrigue, J. (non daté). *Les services médicaux en CLSC*, document de l'Association des médecins de CLSC, conservé au siège de l'Association des CLSC et CHS.

Parenteau, F. (1986). *Historique, actualité et avenir des CLSC*. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux par la Direction des services communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 111 pages.

Poupart, R. et al. (1986). *La création d'une culture organisationnelle: le cas des CLSC*. Centre de recherche en gestion de l'Université du Québec et Fédération des CLSC.

Renaud, G. (1978). *L'éclatement de la profession en service social*. Montréal: Éditions coopératives Albert St Martin.

Richard, P. (1985). Une nouvelle avenue pour le service social. *Intervention*, 71, 27-36.

Rodriguez, C. (2003). Scénarios d'intégration: le cas des CLSC urbains, une mission impossible? *Ruptures*, 9(2), 92-109.

Roy, M. (1987). *Les CLSC ce qu'il faut savoir*. Montréal: Éditions coopératives Albert Saint-Martin.

Vaillancourt, Y. avec la collaboration d'Annie Autonès (1983). *Le P.Q. et le social. Éléments de bilan des politiques sociales du gouvernement du parti québécois, 1976-1982*. Montréal: Éditions coopératives Albert Saint Martin.

Vaillant, J.A. (1995). *Les CLSC du Québec*. Présentation pour le Tour du monde. Conférence internationale: Les centres de santé communautaire au cœur des réformes des systèmes de santé, 3 au 6 décembre, 1995, Montréal, Québec, Canada, Palais des congrès.

## Abstract

*At the beginning of the 1970's, the CLSCs were promoted as the key to reform of health and social services in Quebec. However, over the last 30 years, they have experienced a troubled history, fraught with setbacks, delays and questioning. Having tried to establish itself as the gatekeeper to the public system, this provoked disagreement within the CLSCs as well as strong external opposition. This history, told within a synthesized summary of the Quebec health care network, is intended to better understand its functioning. The authors emphasize historical issues and policies in Quebec in the field of health and well being of the population over the last 30 years.*

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement Robert Sullivan qui a mis à leur disposition toutes ses archives personnelles accumulées sur les CLSC. Sans ce précieux apport, cet article n'aurait pas vu le jour dans un délai aussi court. Toutefois, les interprétations données et les thèses soutenues relèvent entièrement de la responsabilité des auteurs.

## Biographies

**Benoît Gaumer** est diplômé en médecine et titulaire d'un doctorat en sciences humaines appliquées (histoire) de l'Université de Montréal. Il est professeur associé au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Il s'intéresse à l'histoire de la santé publique et du système de santé du Québec et de la Tunisie. Il bénéficie d'une subvention du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada, étalée sur les trois prochaines années pour développer une histoire du système de santé du Québec couvrant la période contemporaine.

**Georges Desrosiers** est diplômé en médecine. Il détient une maîtrise en administration hospitalière de l'Université de Montréal et un certificat de spécialiste en santé publique du Collège des médecins du Québec. Il a été le premier directeur du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal de 1973 à 1981. À la retraite depuis 1997, avec le titre de professeur émérite, il poursuit des recherches sur l'histoire de la santé publique au Québec, entreprises depuis le début des années 1980.