

TABLE DES MATIÈRES

PAGE DE TITRE.....	i
PAGE D'IDENTIFICATION DU JURY.....	ii
PENSÉE.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
RÉSUMÉ.....	v
RÉSUMÉ COURT.....	vi
TABLE DES MATIÈRES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES.....	xi
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xvi
INTRODUCTION.....	1
 CHAPITRE PREMIER – LA PROBLÉMATIQUE.....	 7
1. Régionalisation des fonds publics en santé.....	7
1.1 Pertinence sociale.....	8
1.1.1 Problème d'accessibilité aux services.....	9
1.1.2 Commission Clair : attentes et déceptions.....	10
1.2 Pertinence scientifique.....	12
1.2.1 Contribution à la recherche sur le développement régional.....	13
1.2.2 Appréciation de la portée des représentations de la santé.....	15
1.2.3 Documentation de l'aspect identité conceptuelle.....	22
1.3 Positionnement épistémologique.....	24
1.3.1 Regard sur les paradigmes majeurs.....	25
1.3.2 À l'interface du constructivisme et de la théorie critique.....	27
1.4 Cadre de référence.....	27
1.4.1 Sociologie et souveraineté territoriale.....	29
1.4.2 Phénoménologie et communauté historique.....	32

1.5 Cadre conceptuel	39
1.5.1 Définition des principaux concepts.....	39
1.5.2 Questionnement et détermination des objectifs.....	42
CHAPITRE 2 – LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	46
2. Spécificité de l'étude des représentations sociales.....	46
2.1 Approche à prédominance qualitative.....	47
2.1.1 Utilisation de coefficients numériques.....	47
2.1.2 Rapport entre objectivité et subjectivité.....	48
2.2 Traitement des données secondaires.....	49
2.2.1 Considérations éthiques.....	49
2.2.2 Critères de scientificité.....	50
2.3 Délimitation du corpus	51
2.3.1 Commission Clair et consultation populaire.....	51
2.3.2 Inventaire de la consultation régionale.....	53
2.3.3 Codification des mémoires disponibles.....	54
2.3.4 Processus de sélection des textes.....	54
2.4 Élaboration d'instruments de collecte d'information.....	55
2.4.1 Dualité structurelle des représentations.....	55
2.4.2 Perspective bidimensionnelle.....	56
2.4.3 Catégories de la grille de lecture.....	59
2.5 De l'analyse de contenu à l'analyse de discours.....	62
2.5.1 Conditions de production des discours.....	63
2.5.2 Contexte de la consultation et différenciations sociales.....	64
CHAPITRE 3 – L'ANALYSE DES DONNÉES OBSERVÉES.....	65
3. Représentations collectives et différenciation sociale.....	65
3.1 Examen critique de l'argumentation ministérielle.....	66

3.1.1 Vues ministérielles sur le financement du système de santé.....	67
3.1.2 Problématisation du vieillissement démographique.....	68
3.1.3 Contrecoups de l'économie mondiale sur la compétitivité.....	71
3.1.4 Entre réseaux d'influence et systèmes de représentation.....	74
3.2 Examen de la réponse citoyenne.....	76
3.2.1 Homogénéité du plan de rédaction des mémoires.....	77
3.2.2 Hétérogénéité du style de réponse aux gouvernants.....	80
3.3 Analyse des représentations collectives.....	86
3.3.1 Résultats du classement des mémoires.....	87
3.3.2 Ligne de rupture Nord-Sud en matière d'accessibilité.....	94
CHAPITRE 4 – L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	99
4. Des résultats inattendus.....	99
4.1 Ce qui divise : la disparité de l'accès aux services.....	100
4.1.1 Inégalités d'ordre économique.....	100
4.1.2 Contraintes de nature géographique.....	101
4.1.3 Financement de la technologie médicale aux dépens des services sociaux.....	105
4.2 Ce qui unit : la fierté inspirée par l'Institution.....	106
4.2.1 Concept original.....	106
4.2.2 Expertise québécoise.....	107
4.2.3 Besoin de se distinguer à l'échelle internationale.....	108
4.3 Une pensée sociale structurante.....	109
4.3.1 Portée inclusive de l'appel à la solidarité.....	110
4.3.2 Orientation vers un devenir collectif.....	114
4.3.3 Caractère autonomiste de la pensée sociale.....	123
CONCLUSION.....	130

APPENDICE I - Liste des mémoires présentés aux audiences régionales.....	145
APPENDICE II - Liste des organismes représentés aux audiences régionales...	158
APPENDICE III - Extraits de textes révélateurs de l'appartenance au territoire et de l'appartenance à l'histoire.....	165
APPENDICE IV - Classification régionale des mémoires.....	190
RÉFÉRENCES.....	204

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Trois vagues de transformation du système de santé québécois.....	16
Tableau II	Imputabilité dans le contexte du système de santé au Québec.....	21
Tableau III	Basic Beliefs (Metaphysics) of Alternative Inquiry Paradigms.....	26
Tableau IV	Perspective de recherche sur la dynamique de transformation sociale à partir des représentations collectives d'une société québécoise en santé.....	45
Tableau V	Sommaire des collaborations des Régies régionales.....	53
Tableau VI	Indices de l'intensité du sentiment d'appartenance à une communauté territoriale en regard de la répartition des ressources en santé et services sociaux.....	57
Tableau VII	Indices de l'intensité d'identification à la trajectoire historique de l'édification du système de santé et de services sociaux.....	58
Tableau VIII	Cadre d'analyse des représentations sociales dans le discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir du thème de la santé. Base de classification des mémoires collectifs présentés aux audiences de la Commission Clair.....	59
Tableau IX	Liste des options soumises à la consultation populaire dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.....	77
Tableau X	Principes d'un système de soins exclusivement public inscrits dans la Loi canadienne de la santé (1984)	79

Tableau XI	Événements marquants de l'histoire du système de santé québécois tels que répertoriés dans les mémoires déposés devant la Commission Clair par les organismes syndicaux représentant les travailleurs de la fonction publique du Québec.....	82
Tableau XII	Importance régionale de quelques villes du Québec (recensement 2001).....	84
Tableau XIII	Classement des centres de coordination de la consultation Clair d'après l'importance de la participation du secteur communautaire vs celle du secteur institutionnel.....	84
Tableau XIV	Compilation des données régionales concernant les représentations des conditions optimales à l'amélioration de la santé des Québécois.....	88
Tableau XV	Classement régional des mémoires	91
Tableau XVI	Pourcentage des mémoires par région.....	92
Tableau XVII	Ordonnancement de l'opposition régionale au discours gouvernemental.....	93
Tableau XVIII	Résultat d'une étude sur la dynamique de transformation sociale à partir des représentations collectives d'une société québécoise en santé.....	129
Tableau XIX	Application du cadre d'analyse à la région du Bas-Saint-Laurent (01) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (65 mémoires collectifs).....	186
Tableau XX	Application du cadre d'analyse à la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (14 mémoires collectifs).....	187

Tableau XXI	Application du cadre d'analyse à la région de la Capitale Nationale (03) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (20 mémoires collectifs).....	188
Tableau XXII	Application du cadre d'analyse à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec (04) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (60 mémoires collectifs).....	189
Tableau XXIII	Application du cadre d'analyse à la région de l'Estrie (05) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (36 mémoires collectifs).....	190
Tableau XXIV	Application du cadre d'analyse à la région de l'Outaouais (07) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (37 mémoires collectifs).....	191
Tableau XXV	Application du cadre d'analyse à la région de l'Abitibi-Témiscamingue (08) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (19 mémoires collectifs).....	192
Tableau XXVI	Application du cadre d'analyse à la région de la Côte-Nord (09) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (22 mémoires collectifs).....	193

Tableau XXVII	Application du cadre d'analyse à la région de la Nord-du-Québec (10) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (5 mémoires collectifs).....	194
Tableau XXVIII	Application du cadre d'analyse à la région de Chaudière-Appalaches (12) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (43 mémoires collectifs).....	195
Tableau XXIX	Application du cadre d'analyse à la région de Laval (13) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (38 mémoires collectifs).....	196
Tableau XXX	Application du cadre d'analyse à la région de Lanaudière (14) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (45 mémoires collectifs).....	197
Tableau XXXI	Application du cadre d'analyse à la région des Laurentides (15) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (18 mémoires collectifs).....	198
Tableau XXXII	Application du cadre d'analyse à la région de la Montérégie (16) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (39 mémoires collectifs).....	199

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre de référence pour une action sociale négociée.....	33
Figure 2	Diagramme de régression.....	61
Figure 3	Profil d'opposition au discours gouvernemental.....	98
Figure 4	Dynamique de la régionalisation « négociée ».....	120
Figure 5	Conciliation des aspirations à l'autonomie.....	127
Figure 6	Modèle tridimensionnel des représentations d'un Québec en santé.....	128

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACFAS	Association francophone pour le savoir
ADLSSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
ALASS	Asociación latina para el análisis de los sistemas de salud
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
CRDT	Centre de recherche en développement territorial
CRRSSS	Conférence des régies régionales en santé et services sociaux
CRSSS	Conseil régional de la Santé et des Services sociaux
CSSS	Centre de Santé et de Services sociaux
DASUM	Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal
GRIDEQ	Groupe de recherche interdisciplinaire sur le développement régional de l'Est du Québec
GRIR	Groupe de recherche et d'intervention régionales
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisation à but non lucratif
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RAMQ	Régie de l'Assurance-maladie du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
UQAH	Université du Québec à Hull
UQÀM	Université du Québec à Montréal
UQAR	Université du Québec à Rimouski

INTRODUCTION

La question générale du développement régional suscite un regain d'intérêt au fur et à mesure que s'exprime le sentiment d'impuissance des communautés à améliorer leurs conditions de vie dans le contexte de la globalisation des marchés. De plusieurs points de vue, l'autonomie des petites nations s'avère problématique.

L'aspect politique de la souveraineté des États dans un contexte d'économie mondialisée a été abordé de front par Bertrand Badie et Marie-Claude Smouts (1996). Les auteurs en viennent à conclure que la pérennité des territoires autogérés n'est pas en cause autant que l'effet de la peur, inspirée par les croyances populaires en des forces supra nationales, capable d'anéantir tout espoir d'autodétermination chez les peuples assujettis au colonialisme économique. Nous assisterions tout de même à une fin d'époque selon les analyses aussi approfondies que celles de Jean-Louis Laville et Laurent Gordin (2003), Guy Roustang, Juan-Luis Klein et Benoît Lévesque (2005), Bernard Perret et Gérard Blanc (1995) et Bernard Perret et Guy Roustang (1993). Époque pendant laquelle l'État s'est imposé comme auxiliaire de l'économie marchande, comme garant de solidarité et surtout comme grand *socialisateur* des individus en dehors de la sphère du travail.

Cet interventionnisme gouvernemental a suscité nombre d'interrogations sur les liens de cause à effet entre la prise en charge étatique de la majorité des secteurs d'intérêt collectifs et la passivité civique. La déresponsabilisation citoyenne aurait facilité la centralisation des pouvoirs autant que cette dernière aurait accentué le désintérêt politique, dans une dynamique d'accélération réciproque. Dans un contexte où l'idéologie de l'État-providence perd de son lustre, la participation sociale deviendrait l'enjeu décisif de la pérennité des nations. L'inventivité des peuples investie dans la façon de s'auto-organiser compterait autant que la compétitivité à produire des biens

exportables; une idée qui s'est développée autour du concept de gouvernance (Carrier et Côté, 2000).

Un autre aspect de la transformation des sociétés, celui engendré par les conséquences de l'évolution technologique sur l'étanchéité des frontières, a retenu l'attention des chercheurs. Manuel Castells (1999a et 1999b) et son équipe se sont démarqués au plan international par l'ampleur transcontinentale de leur terrain de recherche. Les chercheurs ont examiné les répercussions de l'essor de l'industrie de l'information sur la structure sociale de plusieurs pays et constatent que la planète entière est en voie de se convertir en un système complexe de multiples réseaux de communication. Ils admettent cependant, à la suite d'une quantité d'observations comparées, que la technologie, bien qu'elle influence les conditions de production, demeure impuissante à inventer des mondes et que, par conséquent, les différenciations culturelles à l'origine du nationalisme ne sont pas près de disparaître.

L'historien québécois Gérard Bouchard a consacré une bonne partie de son œuvre scientifique à élucider le phénomène de la genèse des nations. Il est d'avis que le concept d'État-nation n'est pas obsolète. D'abord, les fondements juridiques en droit international ne sont pas ébranlés. De plus, les assises théoriques de la notion d'État sont tout à fait pertinentes dans le contexte économique actuel. Le théoricien résume ainsi son propos dans un ouvrage de vulgarisation : « L'État est la seule instance qui puisse protéger le citoyen contre l'aliénation dont la mondialisation est porteuse. Les individus ont besoin d'être défendus contre les féodalités et les bureaucraties internationales » (1999, p. 167).

Comme l'indique le titre de l'ouvrage collectif *Les idées mènent le Québec : Essais sur une sensibilité historique*, auquel a collaboré Gérard Bouchard (2003); surtout l'ancrage de ces idées dans les représentations collectives de l'appartenance à un territoire et à une histoire servirait de fondation aux divers choix de société. Selon

l'historien saguenayen, le Québec n'échapperait pas à la fragmentation de la mémoire commune qui accompagne désormais la diversité culturelle et ethnique des nations modernes (2003, p. 30).

En réaction à cette menace à l'unité d'un peuple, l'imaginaire collectif tend à reconstituer une cohérence, selon Bouchard (2003) qui considère que les procédés discursifs, entre autres, assument cette fonction. Aussi, les Québécois aiment-ils discuter et débattre sur la place publique des enjeux de leur développement chaque fois que les événements et les autorités politiques leur en donnent l'occasion. Les discours sur l'état du système de santé québécois offrent un des meilleurs exemples de ce trait particulier, sans doute parce l'idée de santé constitue le noyau central d'une constellation de valeurs chères aux Québécois.

Nous croyons que la cohésion sociale des Québécois se trouve également confrontée au défi que représente la dispersion d'une collectivité humaine relativement petite sur un vaste territoire. Le géographe québécois Pierre Bruneau (1996) en appelle à « un nouveau rapport société-espace ». Sa comparaison de la superficie habitée du territoire québécois avec celle d'un archipel a inspiré le début de la présente étude. De même en est-il de l'exposé de Fernand Harvey (1996) qui fait un rappel de la discontinuité du processus de peuplement de la Nouvelle-France aboutissant à la Révolution tranquille. Il est possible que les conditions socio-économiques à l'origine de cette cohabitation en îlots aient généré un schéma particulier de représentations collectives susceptible de se refléter encore dans les débats.

Les débats de société ont été décortiqués dans les publications savantes comme des phénomènes complexes bien avant que la technologie de diffusion n'offre les moyens de transporter les conflits locaux sur la scène planétaire. Les grandes et moins grandes révolutions, réussies ou avortées, ont été étudiées sous toutes les coutures dans la tradition scientifique européenne de l'analyse du discours. En Amérique,

certaines analystes des discours sociaux se sont inspirés de l'École française, axée sur l'histoire nationale. D'autres, plus nombreux, se sont spécialisés dans l'analyse de débats récents; les journaux et autres médias électroniques leur offrant un matériel encore tout neuf. Notre étude doctorale se situe entre les deux orientations de recherche, en utilisant des documents publics archivés concernant le débat toujours actuel sur l'avenir du système de santé québécois dans le contexte de la globalisation des marchés.

La Commission Clair, créée en l'an 2000 pour animer un tel débat, a recommandé que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Régies régionales « reconnaissent le principe de la hiérarchisation des services médicaux comme l'un des fondements du système de santé québécois » (2000, p. S.XII; Prop. 25). Nous souhaitons savoir si la hiérarchisation des territoires à desservir, processus en voie de consolidation, correspond à la vision des communautés régionales, ou si elle leur est imposée par une élite dirigeante. La conscience territoriale et historique de ces communautés se situe au centre de notre question de recherche. Notre étude se divise en quatre parties, et aborde successivement l'angle d'étude de la problématique, l'approche méthodologique qui en découle, l'analyse des données recueillies et notre interprétation des résultats.

La première partie concerne les divers aspects de la problématique de la régionalisation des fonds publics dédiés à la santé, dans le but d'offrir à tous les assurés un accès égal aux soins, quel que soit leur lieu de résidence. Nous y exposons la pertinence scientifique de nos préoccupations sociales dans une perspective de recherche en développement régional, en continuité avec les travaux antérieurs. Le Québec ferait face, d'après l'analyse de Gérard Bouchard (2003), à une crise de conscience historique et se trouverait dans une conjoncture favorable à « reprogrammer sa vie collective ». Dans cette optique, nous croyons pertinent

d'examiner les réactions populationnelles aux propositions gouvernementales, en tentant de faire ressortir les divergences régionales au discours de l'État.

Nous cherchons ensuite à identifier le courant de pensée et les avancées scientifiques susceptibles de fournir un cadre de référence à une analyse de discours. Des propositions ont été dégagées à partir de la théorie des actes de discours telle que reformulée par Paul Ricœur (1990b) dans une perspective phénoménologique. Certains concepts ont ainsi pu être précisés en vue de servir notre objectif général : l'analyse d'un débat.

Le rapport Clair se présente comme un compte rendu de choix populationnels. Or, nous ne le considérons pas représentatif du débat que nous voulons analyser. En effet, le contenu du document demeure peu révélateur des dissensions suscitées par les options proposées par la Commission. Faut-il en déduire que la population québécoise, soumise à une similitude d'informations, ait parlé d'une seule voix, ou plutôt que les divergences d'opinions aient été gommées ? Dans ce dernier cas, comment interpréter le fait que le rapport Clair ait été accueilli sans trop de protestations ? Ces considérations ouvrent quelques pistes de réponse au questionnement que soulève l'événement. Deux avenues d'explication du silence des régions sur les inégalités en santé sont tour à tour soupesées. La possibilité d'une pensée sociale homogène dans un Québec monolithique est d'abord envisagée dans sa compatibilité avec une culture de masse. Le cas échéant, la possibilité d'un double discours superposant la culture savante à la culture populaire est abordée dans sa compatibilité avec un retour au climat politique des années de la Révolution tranquille.

Nous proposons dans la deuxième partie une méthode de classement des mémoires déposés aux audiences régionales de la Commission. Nous y présentons les dimensions d'une grille de lecture basée sur l'appartenance à l'histoire et au territoire.

Les étapes de l'élaboration de cet instrument de recherche sont présentées de façon assez détaillée pour qu'elles puissent servir à des études similaires. Le résultat du classement des documents dans l'une ou l'autre de neuf catégories servira à sélectionner les textes pertinents et à circonscrire le corpus.

La dernière partie est consacrée à l'examen des textes choisis selon la méthode déjà décrite. L'analyse de première lecture donne un aperçu de la diversité des discours selon leur provenance, régionale ou gouvernementale. L'examen du résultat des classements fait ressortir ensuite les constantes et les contrastes d'un système de représentations sociales qui seront interprétés comme autant d'indices de *régionalité*. Finalement, sont amenées à la discussion les caractéristiques d'un discours social, plus ou moins affirmé, en articulation avec les conditions fragilisantes que ce discours révèle.

Dans le champ de recherche en développement régional, notre thèse veut apporter quelque chose de neuf à l'interprétation significative du discours de la population québécoise exprimant son désir de mieux vivre ensemble en santé. La présente étude propose un cadre d'analyse du discours populaire, fondé sur l'appartenance à l'histoire et au territoire. Le lecteur constatera dans cette étude une démarche conceptuelle conduisant principalement à l'expérimentation d'un outil conçu dans le but de mieux saisir comment les collectivités se font une représentation de leur coexistence.

De plus, le lecteur sera graduellement introduit à la conception d'un modèle d'articulation des enjeux présidant à la mobilisation des regroupements collectifs lors d'audiences publiques sur des projets de réforme institutionnelle.

CHAPITRE PREMIER

LA PROBLÉMATIQUE

Au fur et à mesure que la globalisation des marchés restructure la dynamique géopolitique sur le mode économique, les citoyens directement concernés s'inquiètent du sort réservé aux petites nations partout sur la planète. Le Québec y serait d'autant plus sensible de par son statut de quasi-État sans souveraineté politique reconnue. Les effets redoutés par les communautés régionales d'une modernisation étatique précipitée et commandée par la pression internationale soulèvent pourtant la controverse. Le principe de l'autonomie territoriale demeure-t-il défendable?

1. Régionalisation des fonds publics en santé

Notre implication professionnelle antérieure dans le secteur de la santé nous ayant permis d'acquérir une expérience pratique et théorique précieuse, il nous semble incontournable de situer notre étude dans ce contexte qui nous est familier, et d'établir un lien entre les aspects sociaux et scientifiques des répercussions du changement de l'ordre mondial sur les populations régionales. Santé communautaire et autonomie territoriale devraient logiquement se rejoindre dans la perspective du droit de vivre décemment, de vieillir sereinement et de mourir dignement là où sont enracinées les valeurs culturelles. Est-ce que cela représente un enjeu significatif pour les communautés régionales? Commençons par exposer comment peuvent s'articuler de façon cohérente les éléments de cette problématique sociale au cours d'une démarche scientifique. Dans ce premier chapitre seront abordés les aspects de la problématique comportant une pertinence scientifique en développement régional : d'abord le contexte social d'une réforme du système de distribution des soins, laquelle a pour effet de consolider la hiérarchisation du territoire; ensuite, la perspective de recherche adoptée en vue d'établir un cadre de référence et conceptuel à des revendications en faveur de l'autonomie des communautés régionales.

1.1 Pertinence sociale

Les élites québécoises détenant un quelconque pouvoir politique, fut-il direct et législatif ou indirect et lobbyiste, exercent depuis quelques années certaines pressions sur les salariés du secteur sociosanitaire afin d'en arriver à un équilibre entre les besoins de la population et les exigences de l'économie du marché.

Les Québécois se voient confrontés à des choix difficiles, en particulier dans le domaine de la santé, où le principe de financement entièrement public a été remis en question à l'occasion de la Commission Clair. Dans les documents rédigés à l'intention des participants à cette consultation sur l'organisation et le financement du système de santé, la situation était qualifiée d'« intenable »¹.

L'idée irréfutable d'une consultation panquébécoise devant servir de base à une réforme éventuelle devait amener soignants et soignés à réfléchir sur les enjeux de la réforme et à réagir par le biais de suggestions pertinentes. Quelques années plus tard, les propositions gouvernementales qui ont été soumises au processus consultatif suscitent toujours des interrogations sur la prise en considération dans une perspective à long terme des particularités régionales et de l'ouverture réelle en faveur d'une meilleure participation citoyenne dans une structure démocratique.

Examinons brièvement l'intérêt, pour la société québécoise, d'une étude sur ce débat dont l'issue demeure incertaine. Un débat qui s'inscrit dans une perspective plus vaste : Marc-Urbain Proulx (1998) relie la question de la décentralisation gouvernementale à l'organisation problématique des territoires du Québec.

¹ Trois brochures furent déposées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec à l'été 2000 dont celui intitulé : *Financement : état de situation et perspectives*. L'expression « intenable » est utilisée en sous-titre à la page 8.

1.1.1 Problème d'accessibilité aux services

La préoccupation des Québécois au sujet d'une meilleure accessibilité aux soins n'est pas récente. À chaque nouvelle élection provinciale, organismes et citoyens incitent les partis politiques en lice à prendre position sur certaines pistes de solutions à privilégier dans des domaines précis. Au printemps 2003, la promesse d'un ajout de 1,3 milliard de dollars au budget de la santé a manifestement contribué à influencer le résultat du vote.

Le nouveau ministre de la Santé s'est acquis la sympathie des médias qui se sont désintéressés temporairement de l'engorgement des urgences pour s'enquérir de la vision de « Monsieur santé » en matière d'accessibilité des services². La couverture médiatique des failles dans le système a repris de plus belle à la suite des nombreuses plaintes portées au sujet de la qualité des services prodigués aux personnes âgées dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Des trois réformes successives proposées par les Commissions Castonguay-Nepveu (1970), Rochon (1988) et Clair (2000), les recommandations alimentent les débats, mais ces dernières font face à d'énormes difficultés d'application. Les percées d'espoir d'amélioration alternent de façon cyclique avec les manifestations d'inquiétude, de sorte qu'une gestion de crise au cas par cas prend souvent le pas sur une orientation lucide à long terme. Considérant le peu de temps accordé au processus consultatif et la difficulté d'ouvrir un débat de fond dans un climat de précipitation, la dernière enquête sur l'organisation et le financement du système de santé n'aurait-elle été qu'« un rendez-vous raté avec l'histoire »³ ?

² Voir dans *L'actualité* du 15 octobre 2003 aux pages 20 à 34 l'entrevue que monsieur Philippe Couillard accordait à Martine Turenne.

³ Titre de l'article signé par Isabelle Paré dans *Le Devoir* du 19 janvier 2002.

1.1.2 Commission Clair : attentes et déceptions

Lors de la création de la Commission Clair, les attentes étaient grandes de la part des instances régionales qui déchantèrent rapidement et ne tardèrent pas à exprimer leur déception relativement à la mise en veilleuse de la question de décentralisation. Quelques mois seulement après le dépôt du rapport Clair, les administrateurs des Centres locaux de Services communautaires (CLSC) se disaient d'accord avec les recommandations proposées sur l'importance à accorder à la prévention. Ils estimaient cependant que la Commission avait manqué de courage en recourant à la proposition d'incitatifs monétaires pour résoudre le problème de répartition des médecins sur le territoire québécois plutôt que d'explorer des avenues novatrices comme celle de la régionalisation des budgets consentis à la Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Le quotidien *Le Soleil* rapporte alors que les directeurs de services de santé gaspésiens réunis durant deux jours afin de prendre position sur les conclusions de l'enquête, reçoivent un appui de taille de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec pour dénoncer la concentration des médecins en milieux urbains. Selon le président de cette Association, le gouvernement n'aurait pas eu le courage de régler de façon définitive ce problème jusqu'à maintenant; de sorte que, selon elle, il serait temps que l'on dise haut et fort que l'argent pour payer les médecins doit être réparti selon les besoins géographiques⁴.

Ces revendications semblent cohérentes avec la stratégie d'amélioration de la santé telle que définie en 1994 par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé. Les membres du Comité en étaient arrivés à un consensus sur le principe d'approche communautaire pour assurer le vieillissement en santé.

⁴ Reportage de Gilles Gagné, *Le Soleil*, édition du 23 février 2002.

Parmi les moyens favorisant l'amélioration de l'état de santé aux divers stades du cycle de la vie, la participation des aînés devait, selon le rapport, être manifestement reconnue. La sagesse et les habiletés de ces citoyens devraient mieux servir au maintien de leur propre qualité de vie, mais aussi de celle de toute une communauté. À condition toutefois que la contribution des bénévoles et des aidants naturels soit reconnue et soutenue financièrement par les fonds publics.

Le cas échéant, non seulement les personnes les plus âgées, mais aussi celles confrontées à toute espèce de vulnérabilité, tant psychologique que physique, risquent d'être confinées à un statut de dépendance envers les experts du domaine médical, paramédical et du travail social. Les familles les plus démunies n'auront d'autres choix que celui de quitter les campagnes et les régions périphériques pour les régions urbaines où se concentrent les ressources cliniques spécialisées. Or, déjà l'exode des populations rurales et le processus de dépopulation de certains lieux en décroissance démographique laissent présager la difficile offensive pour l'occupation du territoire que devront mener les générations à venir.

À la lecture des recommandations de la Commission Clair, il semble que les travaux aient convergé vers la transformation interne du système d'organisation de services cliniques et aient été axés sur l'amélioration de la capacité actuelle du réseau à répondre aux besoins des Québécois en optimisant le ratio coûts-efficacité (2000, p. 67). Dans l'introduction de leur rapport, les commissaires proposent une « révolution tranquille », mais précisent-ils, « sur le plan de la gouverne du réseau » (2000, p. viii). En effet, la Commission a délégué aux Régies régionales de la Santé et des Services sociaux (RRSSS) une partie de leur mandat : « mener des consultations auprès des groupes d'intérêt et de la population, notamment dans les régions » (2000, p. iii, iv). D'après le rapport, chaque comité régional a produit un résumé des audiences locales et ces textes furent résumés une seconde fois par une instance provinciale à l'intention des commissaires.

C'est ainsi que la Commission aurait pris le pouls de la population par le biais d'une synthèse soumise par la Conférence des RRSSS (CRRSSS) (2000, p. 266). Cette synthèse est reproduite intégralement dans le rapport et résume les opinions des acteurs régionaux en regard de la gouvernance; y sont abordées notamment les questions de la décentralisation, de la régionalisation et de l'affermissement de l'autorité régionale (2000, p. 290-294). Dans ce contenu homogénéisé, il est impossible de discerner la position respective des 16 régions sociosanitaires en matière d'autonomie de gestion des allocations affectées à la santé.

Le rapport Clair se concentre beaucoup plus sur la modernisation de l'appareil administratif et la structure de gestion de l'offre de services qu'il ne se préoccupe des particularités régionales. De telle sorte que la population pourrait mettre en doute le fait que la participation citoyenne à un semblable mode de consultation ait été valable. Les collectivités locales seraient alors en droit de se demander ce qu'il est advenu des recommandations proposées dans leur mémoire. Même, les députés élus auraient avantage à mieux connaître comment s'est structurée la participation collective dans leur comté électoral afin de mieux représenter leurs commettants sur la scène provinciale.

1.2 Pertinence scientifique

L'intérêt scientifique de mieux comprendre le processus réflexif de la différenciation régionale remonte au début de l'histoire de l'enseignement de la sociologie au Québec. L'École de sociologie urbaine de Chicago est reconnue pour avoir démontré, dans les travaux de Everett C. Hughes (Lafontaine, 1989, p. 117), le rôle positif de l'homogénéité sociale et de la vie associative dans le développement local. Les plus récentes études réalisées en partenariat interdisciplinaire ou international tendent à démontrer l'ancrage territorial de la socialité : Il n'y a pas de discours *a-territorial* (Guidère, 2001).

1.2.1 Contribution à la recherche sur le développement régional

L'exploration scientifique n'a cessé depuis de se poursuivre dans le champ de cette approche spécifique d'un développement social territorialement ancré. L'intérêt que suscite encore ce domaine de recherche laisse entrevoir la richesse et la complexité du phénomène. Les sciences régionales se sont spécialisées dans l'observation de populations spatialement délimitées et par l'articulation théorique de dénominateurs communs correspondant à une idéologie progressiste. Des faits, des situations, des contextes ont été décrits comme autant de facteurs d'organisation et de désorganisation socioéconomiques, avec lesquels les acteurs devaient composer. L'écart de succès entre zones plus ou moins *avancées* fut le plus souvent expliqué en comparant des caractéristiques localisées; les stratégies des régions *gagnantes* furent proposées comme modèles aux régions *perdantes*. Les sciences régionales traditionnelles répondaient aux attentes d'une époque face à l'augmentation des connaissances : expliquer objectivement les faits observés, en extraire des principes structurant le changement, énoncer des lois applicables universellement.

Un courant de recherche s'est détaché des études classiques strictement engagées dans la vérification de la pertinence des indicateurs de croissance. Le champ de recherche en développement régional s'est particulièrement démarqué par son ouverture au questionnement de l'idéologie sous-jacente à la définition des paramètres à prédominance économique. La profusion des travaux réalisés en interdisciplinarité, de même que l'intensification des efforts de conceptualisation auquel les étudiants et particulièrement les candidats au doctorat sont conviés, constituent un stimulant notable. Ce courant scientifique s'est engagé dans une voie différente où l'économie ne représente qu'un aspect du développement, associé à la spécificité de la *culture*, cette dimension étant reconnue comme hautement significative, surtout depuis l'influence marquante de Fernand Dumont (1994).

Les chercheurs se voient confrontés à de nouveaux défis concernant, entre autres, la sélection d'indicateurs fiables garantissant des résultats reproductibles, et l'élaboration de modèles explicatifs pouvant se traduire en stratégies concrètes. Il est généralement admis dans les milieux scientifiques que les consensus sociaux émergent d'un système de relations au sein duquel interagissent des processus identitaires, des habitudes de coopération et des traditions de solidarité communautaire. Cependant, bon nombre de régionalistes, à l'instar de Marc-Urbain Proulx (1999), considèrent les nombreuses composantes de cet ensemble comme *immatérielles* et *intangibles* et par conséquent *difficilement mesurables* dans leur évolution à court terme sur un territoire donné. Notre étude doctorale tente de contribuer à ce vaste chantier de recherche sur le développement régional.

Le phénomène régional au Québec a été repris comme thématique par une équipe de chercheurs sous la direction de Marc-Urbain Proulx (1996) et présenté comme une réalité des plus complexes, dont l'intérêt en tant qu'objet d'étude ne cesse de croître. Alors que l'historien Fernand Harvey définit la « régionalité » comme un fait de culture et plus précisément le « rapport des individus et des sociétés avec le territoire à l'échelle régionale » (1996, p. 113), Luc-Normand Tellier suggère de situer l'évolution du Québec et de ses régions dans un contexte spatial mondial (1996, p. 27). Le sociologue Bruno Jean rappelle que les petites nations revêtent à l'échelle planétaire un caractère régional; il souligne également l'enrichissement conceptuel qui accompagne le mouvement environnementaliste. À ce point de vue, le paradigme du développement régional se trouve en plein renouvellement et doit intégrer l'aspect de « géométrie variable » (1996, p. 136) et celui de « diversité à cultiver » (1996, p. 152). La question régionale renvoie de plus au concept d'identité que l'ethnologue Jocelyne Mathieu (1996) aborde comme un processus continu où s'entremêlent un ajustement à des contextes et une transmission des valeurs traditionnelles; un processus qui enclencherait une pluralité de sentiments d'appartenance.

Il nous semble que le concept de régionalité pourrait encore être enrichi, notamment en articulation avec le principe d'autonomie dans une représentation de la société, autre que celle de système de production. Les tenants de l'économie marchande réclament des analyses scientifiques de tels systèmes dont les régions tiennent lieu de sous-systèmes de production. Avec la montée des préoccupations concernant les changements climatiques, dont l'impact sur l'espèce humaine sera inévitable, un autre paradigme commence à poindre. Nous pourrions le nommer à la suite de Heidegger (Beaudry, 2000, p. 10-11), le souci proprement humain d'*habiter* le monde.

Il nous semble également que le thème de la santé offre un terrain fertile à l'éclosion d'un projet social qui peut englober les ambitions dans une sorte de rayonnement culturel qui transcenderait les frontières provinciales. Pourquoi le Québec ne pourrait-il pas se positionner d'avant-garde, parmi les régions du monde, œuvrant à faire avancer la cause de l'égalité d'accès au savoir thérapeutique en tant que patrimoine de l'humanité?

1.2.2 Appréciation de la portée des représentations de la santé

On reconnaît depuis longtemps que l'idéalisation de la santé contribue à la recomposition des interrelations sociales. Ainsi, la notion de *santé communautaire* a transformé l'ancienne relation famille-médecin en une institution nationale redevable à des bénéficiaires, ces derniers désormais dépendants d'une structure de distribution de biens et de services. Puis, la notion du droit des usagers s'est progressivement imposée, suggérant un nouveau rapport de force : la personne au centre du système. Les clients se considérant lésés par omission d'une assistance nécessaire ou par une faute au cours d'une intervention peuvent aujourd'hui bénéficier d'un certain recours, mais seulement à l'intérieur du cadre institutionnel et dans les limites d'une structure sectorielle. Nous percevons, dans cette transformation, le début de trois grandes vagues de réforme du système de santé québécois (Tableau I).

Tableau 1
Trois vagues de transformation du système de santé québécois

Plan rhétorique	Plan stratégique
<p>Commission Castonguay-Nepveu (1966-1970) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les inégalités sociales des familles face aux coûts des soins représentent un obstacle au développement d'un Québec moderne. • L'intervention sociale doit compléter l'intervention médicale pour atteindre un objectif de santé communautaire. <p>Commission Rochon (1985-1988) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les initiatives d'auto prise en charge dans les milieux communautaires ont été inhibées sous l'emprise du corporatisme professionnel, (bénévolat et personnel non syndiqué). <p>Commission Clair (2000) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestion administrative du système de santé se bute aux pressions provinciales exercées par les coalitions de CLSC, de CSSS, de CH, de CHSLD, de RSSS, d'organismes communautaires et d'associations syndicales, (les réseaux provinciaux de production). 	<p>Égalitariste : État totalement responsable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loi 65 (1971) instaurant un régime public d'assurance-maladie devant répondre à tous les besoins de santé et de services sociaux. • Mandat de coordination aux CRSSS : assurer une accessibilité de tous aux soins et services des hôpitaux (CH) et cliniques communautaires de santé publique (CLSC). <p>Individualiste : Citoyen consommateur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loi 120 (1991) créant 16 régions régionales. • Politique de la santé et du bien-être (1992) identifiant les comportements déviants. • Mandat d'animation aux RRSSS : intégrer des utilisateurs de services dans les conseils d'administration des établissements et aux travaux des conseils professionnels régionaux. <p>Communautariste : Territoires locaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loi 25 (2003) créant les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSS). • La responsabilité administrative revient au Ministère qui contrôle ces agences régionales (ADRLSSS) en nommant les membres des conseils d'administration.

Ce tableau s'inspire principalement des travaux de Denis, Contandriopoulos, Langley et Vallette (1998); de White (1992); de Bhérer, Godbout, Brassard et Turgeon (1986); et du projet de loi 25 diffusé par l'Éditeur officiel du Québec (2003).

La transformation structurelle du système de santé s'est opérée en trois grandes vagues; chaque nouvelle structure ayant été enchâssée dans la législation à la suite d'un changement dans le discours officiel. La Loi 25 *communautarise* le pouvoir clinique (autorégulation). Par contre, elle étatique le pouvoir administratif (hétérorégulation).

La première vague serait contemporaine au travail de modélisation de la Commission Castonguay-Nepveu (1966-1970) dont résulte la structure actuelle. Les hôpitaux existants furent reliés en réseau et les *unités sanitaires* graduellement converties en centres locaux de services de santé dans une mission de santé communautaire. Ce modèle avant-gardiste fut institué légalement en 1971, original par l'intégration des services de santé et de services sociaux au sein d'une seule administration publique.

Le système s'est érigé essentiellement sur le principe de l'accessibilité universelle aux soins et aux services sociaux de base. La multiplication des CLSC devait faire tomber les barrières de distance en couvrant tout le territoire habité y compris les zones rurales. La gratuité des services désormais dispensés par des professionnels rémunérés par les fonds publics devait faire tomber les barrières de pauvreté. Des objectifs louables qui avaient juridiquement institué la gérance publique d'importantes ressources budgétaires : parc immobilier, équipement et mobilier, masse salariale. C'est donc un idéal de justice collective qui a donné son impulsion à l'orientation québécoise en matière de santé. L'étatisation se justifiera toujours vingt ans plus tard par les mêmes grands objectifs : protéger tous les citoyens et citoyennes, sans égard à leur revenu, des risques liés à la maladie et aux problèmes sociaux; améliorer la santé et le bien-être de la population (MSSS, 1992, p. 21). Le discours égalitariste de l'époque fut paradoxalement porteur d'une légitimation de la concentration des pouvoirs dans les mains d'une génération de nouveaux spécialistes en gestion des services de santé. Devant l'ampleur de la tâche, la fonction publique s'est développée rapidement, entraînant la mise en place d'une inévitable technocratie. De sorte que dès le début des années 80 le désenchantement populaire a commencé à se manifester ouvertement envers « le "gros hôpital" où l'on se sent traité en matricule » et envers l'État « appareil » qui « ne communique plus avec les citoyens qu'à travers de paperasserie complexe, une réglementation tatillonne, un langage technique et impersonnel » (Grand'Maison, 1983, p. 6).

La seconde vague correspond aux efforts de re-centration de la mission du réseau sur les besoins des personnes. En juin 1985, le MSSS crée la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. La présidence en est confiée à Jean Rochon qui dépose son rapport en février 1988. Les résultats de l'enquête situent le malaise dans la difficulté de gestion d'un système dont les professionnels se seraient emparés. De cette prise en otage corporatiste, découleraient les problèmes et particulièrement (Politique de la santé et du bien-être, 1992, p. 9) :

- *la difficulté d'arbitrer les demandes entre les régions, les établissements, les secteurs d'activité;*
- *la prééminence du service, davantage perçu comme une fin en soi plutôt que comme un moyen de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être;*
- *l'absence de collaboration et de concertation orientées vers les personnes à aider, la population à desservir.*

Le ministre Marc Yvan Côté entreprit de « corriger la trajectoire » (Gouvernement du Québec, 1992, p. 9) en dotant l'appareil politique de meilleurs instruments. Un vaste chantier s'est ouvert sur le thème : *Une réforme axée sur le citoyen* (1990) par la révision complète du cadre juridique. Le chapitre 42 du Code législatif concernant les services de santé et les services sociaux a été modifié en vue de préciser les responsabilités des principales instances d'autorité. Les règles de financement ont été resserrées en vue « de maintenir une fiscalité concurrentielle et de ne pas compromettre l'évolution des autres secteurs de la vie collective » (Gouvernement du Québec, 1992, p. 10).

Un dernier outil devait redonner aux élus le pouvoir de définir l'orientation et de choisir les stratégies de mise en œuvre. *La politique de la santé et du bien-être* adoptée en 1992 établissait 19 objectifs et 6 stratégies. Cet énoncé de planification des services de santé fut conçu grâce à la collaboration de nombreux chercheurs de diverses disciplines. Il a néanmoins été commandé en vue de la « consolidation des fonctions » gouvernementales « explicitement reconnues par le législateur » (1992, p. 174) :

- *la conception des programmes au niveau national;*
- *la régionalisation de l'organisation des services et de l'aménagement des ressources pour mettre en œuvre les programmes;*
- *la répartition équitable des ressources;*
- *l'évaluation des résultats.*

Le discours gouvernemental des années 80 fut soumis à un examen critique. Des intervenants en milieu communautaire ont regretté que la Commission Brunet ait été créée dans un contexte de restructuration budgétaire et de rationalisation des ressources, et que le Comité ait procédé sans audience ni consultation locale. Des observateurs ont décrédibilisé également la Commission Harnois qui valorisait le rôle du milieu communautaire dans le maintien de la santé mentale alors que, selon Vaillancourt, Bourque, David et Ouellet (1987), le processus de désinstitutionnalisation qui a suivi s'est plutôt avéré un moyen de privatisation. De même, les documents préparatoires à la *Politique de la santé et du bien-être* ont valorisé l'intégration sociale des aînés tout en préparant la privatisation de l'hébergement et des soins à domicile, une semblable « privatisation de type communautaire » (Vaillancourt et Bourque, 1989).

D'autres ont pressenti, derrière l'objectif de replacer le citoyen au centre du système, une insidieuse dérive individualiste. Les anthropologues Corin, Bibeau, Martin et Laplante se sont inquiétés de la puissance du courant idéologique donnant priorité aux droits individuels sur les droits sociaux (1990, p. 34-41). La valorisation de l'autonomie individuelle dans un discours sur la santé avait comme conséquence prévisible de minimiser l'importance des forces sociales, environnementales et culturelles. De l'avis de ces analystes, le discours gouvernemental était porteur de « désimplification sociale » et « d'affaiblissement des projets collectifs » dont on n'aurait pas mesuré l'impact à long terme (1990, p. 40).

La Commission Rochon aurait renforcé la conception idéalisante des sciences administratives de la santé. La mobilisation de spécialistes ayant participé à la révision du cadre juridique, financier et de planification, laisse entrevoir tout l'espoir investi dans les outils de gestion. Mais l'idée d'un contrôle politique des pratiques professionnelles et des stratégies des milieux apparaîtra utopique tôt ou tard. Le discours dominant de toute une décennie s'est basé sur les données trop exclusivement épidémiologiques pour être en mesure d'apprécier les différences régionales de même que les spécificités locales. Seule, l'incapacité de cette catégorie d'experts à contrôler les coûts contraindra le Ministère à remplacer le style de gestion centralisée par le modèle participatif (Dussault, 1995).

Dans cette perspective, il se pourrait que le contexte économique de la mondialisation oblige sous peu les planificateurs à mieux soutenir l'engagement des intervenants impliqués dans leur communauté respective. Le changement de paradigme exigera alors un renouvellement du discours social. Théoriciens et praticiens devront travailler ensemble à élaborer un cadre de référence où l'humain sera reconnu comme être de sens et de relations, non réductible aux idéologies individualiste ou collectiviste (Dufour, 1993). Le concept d'*autonomie* devra aussi être élargi de manière à mieux intégrer les dimensions géographiques et historiques, à mieux articuler la tension entre cohésion sociale et diversité culturelle et à dépasser l'apparente contradiction entre l'autonomie régionale et la souveraineté nationale.

La troisième vague a peut-être pris son élan au cours des travaux de la Commission Clair et qui ne serait pas encore rendu à son aboutissement. Elle serait portée par un désir d'émancipation des communautés régionales à l'égard de la métropolisation des ressources. Entendons par – ressources – l'ensemble des mesures efficaces qui ne s'évalueraient pas uniquement en termes de quotas de médecins, ni en budgets d'opération d'un service exigeant une technologie onéreuse.

Lors des travaux de la Commission Clair, dans le cadre d'un forum d'experts consultés sur la gouverne d'un système de santé, Jean Turgeon (2000), de l'École nationale d'administration publique (ENAP) précisait les limites du contrôle ministériel de la pratique clinique.

Tableau II
Imputabilité dans le contexte du système de santé au Québec

Autonomie des producteurs de services	Attentes (Contrôle)		
		Interne	Externe
	Faible	Hiérarchique	Légale
	Élevée	Professionnelle	Politique

Source : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, p. 362.

Le théoricien ajoutait que le défi des prochaines années sera d'imaginer de nouveaux rapports d'imputabilité professionnelle et politique, fondés sur les attentes des citoyens (2000, p. 363).

Paradoxalement, c'est lors d'un forum sur le financement que la formulation d'une orientation franchement *populationnelle* fut énoncée. Invité pareillement à participer aux travaux de la Commission à titre d'expert, André-Pierre Contandriopoulos souligne « l'importance du point de vue avec lequel on regarde le système ». Au moment de la synthèse des discussions, tel qu'indiqué dans le rapport (p. 383), le chercheur (GRIS) et professeur au département d'administration de la santé à l'Université de Montréal (DASUM) précise l'importance « d'interpréter ce qui est dit à partir de ce que les gens sont et de leur lieu d'observation du système ». D'une seule phrase, les représentations subjectives se trouvent ainsi ramenées au premier plan de la discussion avec toutes leurs implications affectives. Nous y reconnaissons

l'attestation implicite du caractère constructif, créatif et autonome des mémoires régionaux.

Nous entrevoyons ici la possibilité d'une revendication de la prise en charge au niveau régional de tout ce qui peut contribuer au /mieux vivre ensemble/ des populations sur un territoire. Les bénéfices d'une véritable déconcentration des ressources ne sauraient être démontrés que dans une perspective à long terme. Aussi est-il plausible que, du point de vue des politiciens, le dépôt du rapport Clair soit venu clore un débat fastidieux. Pourtant, dans une perspective de recherche, l'information contenue dans les mémoires déposés aux audiences régionales est loin d'être périmée.

1.2.3 Documentation de l'aspect identité conceptuelle

Les conclusions tirées des études sociales ne cessent de soulever de nouvelles interrogations. Le défi de mieux comprendre le substrat identitaire des communautés est maintenant envisagé. Dans l'ouvrage collectif *Les régions fragiles face à la mondialisation, stratégies communautaires, technologiques et culturelles d'innovation et de valorisation*, sous la direction de Danielle Lafontaine et de Nicole Thivierge (1999), Martin Simard (1999) expose la pertinence sociale et scientifique d'une nouvelle avenue de recherche. L'urbaniste chercheur estime qu'il serait pertinent de mieux documenter l'aspect « identité conceptuelle » peu abordé jusqu'à présent par les disciplines traditionnelles. Notre intérêt pour les représentations sociales s'inscrit dans cette optique.

Nous croyons qu'il serait pertinent d'examiner comment s'est manifesté dans les régions du Québec ce que Lucie Pépin (2000) appelle « l'esprit de pays ». C'est dans le domaine de la santé que la dispersion de la population québécoise sur le territoire a eu les conséquences les plus négatives de son histoire (Dugas, 1981, p. 131). Citant comme exemple l'Est du Québec, Clermont Dugas explique ce phénomène par une

conjugaison particulière de différents facteurs. Le coût des installations et de l'opération des services diagnostiques et thérapeutiques aurait eu pour effet d'aggraver les effets de la distance et de la faible densité démographique. De sorte que les revendications pour l'obtention de services sont devenues, au même titre que l'amélioration des infrastructures routières, un enjeu électoral majeur en politique régionale. Examinons brièvement, sous l'angle historique de l'évolution du système québécois de santé, un aspect particulièrement intéressant du point de vue de l'avancement de la connaissance sur l'effet structurant des représentations collectives dans l'élaboration des politiques publiques.

Raynald Pineault, épidémiologiste au département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal, a expliqué ainsi le potentiel organisateur de la représentation de la santé spécifique au Québec. Il atteste que le concept intégrateur de santé communautaire a servi de base à un véritable mouvement idéologique qui a balayé le Québec au début des années 70 (Pineault et Daveluy, 1995, p. 26). L'aspect novateur de l'approche conceptuelle résidait dans la prise en compte de la morbidité « ressentie » et par conséquent de l'accent porté sur les perceptions du bien-être. Le rapport Clair spécifie que c'est dans ce courant de pensée que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est positionnée en définissant la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et en optant pour une représentation plus vaste que celle de l'absence de maladie ou d'infirmité.

Le concept de santé communautaire a donc inspiré un système original d'organisation des diverses catégories de services. L'intégration des services sociaux au système de soins, sous l'autorité d'un seul ministre, témoignait de cette volonté de lever la barrière entre le « préventif » et le « curatif », et d'étendre la portée de la philosophie de la santé, à la qualité de l'environnement physique et social tout comme à la promotion de saines habitudes de vie. Il va de soi que l'approche sociocommunautaire, parce que plus globale, nécessite une délimitation territoriale

plus restreinte, plus locale. C'est dans cette logique systémique que s'inscrivait, à son origine, l'implantation des CLSC, enclenchée dès 1971. Il y aurait lieu de vérifier, par une étude comparée des représentations sociales, si les Québécois perçoivent toujours ainsi la raison d'être du réseau de la santé et des services sociaux.

Nous retenons de Pineault et Daveluy (1995), que les systèmes sont conçus en fonction de la signification que la société donne à la santé. Les auteurs, utilisant le modèle de H. L. Blum, ont démontré que les valeurs créent des normes ou des attentes et contribuent à la formation de buts. Si le processus d'institutionnalisation de la santé au Québec s'est effectué de pair avec des changements dans l'ordre des valeurs, la consultation Clair qui a enclenché une importante production de textes devrait receler une richesse d'informations de nature axiologique. La façon dont les communautés régionales se sont senties collectivement concernées par une modification d'orientation de la politique de santé et surtout la nécessaire concertation au sein des organismes qui a résulté de cette prise de conscience s'est vraisemblablement reflétée dans la rédaction des mémoires collectifs. Ce qui confère à l'étude de ce type particulier de documents une pertinence scientifique dans le champ du développement régional.

1.3 Positionnement épistémologique

La recherche scientifique repose sur la croyance en la capacité de l'esprit humain de connaître et de comprendre. Un domaine de la philosophie est consacré à ce questionnement : comment connaissons-nous le monde? Quelle est la relation entre le chercheur et son objet de recherche? Tel est le champ de la philosophie des sciences ou épistémologie qui nous renseigne sur la diversité des points de vue concernant les manières de structurer une démarche opérationnelle au plan heuristique et satisfaisante au plan de la scientificité. La complexité de la réalité sociale a obligé les milieux scientifiques à remettre en question les fondements de la recherche, à modifier les bases mêmes de leur pratique, à réviser leur paradigme.

1.3.1 Regard sur les paradigmes majeurs

Le terme de /paradigme/ a été vulgarisé par Thomas Samuel Kuhn (1972). Le théoricien a décrit comment évolue un assemblage suffisamment vaste et cohérent d'énoncés aussi longtemps qu'il réussit à résoudre les problèmes d'un environnement changeant aussi bien qu'à répondre aux questions surgissant de la recherche proprement dite. Plusieurs historiens des sciences ont adopté le mot et enrichirent le concept par l'analyse et le classement de courants de recherche en constante réorganisation.

Nous laissant guider par l'ouvrage de Denzin et Lincoln (1998), nous allons tenter de nous situer parmi l'éventail des paradigmes qui président à la recherche en sciences humaines. Retenons quatre d'entre eux qualifiés de « majeurs » selon la classification proposée : le positivisme, le postpositivisme, le constructivisme et la théorie critique. Les théoriciens ont comparé ces paradigmes à partir de leurs éléments constitutifs : soit ceux de l'ontologie, de l'épistémologie et de la méthodologie. Le tableau III en donne un résumé.

La classification ci-dessous en quatre paradigmes de recherche montre une transformation graduelle des critères de scientificité. Les méthodes associées au positivisme convenaient à l'observation de la nature et à l'acquisition de connaissances de type explicatif. Les sciences humaines nécessiteront une approche moins déterministe dans une perspective de compréhension des choix socioculturels. Les sciences sociales contribueront à redéfinir la notion de validité scientifique, notamment par le développement des méthodes qualitatives de recherche. L'exigence d'objectivité stricte fera place à l'intersubjectivité entre chercheurs et sujets humains participant à leurs recherches.

Tableau III
Basic Beliefs (Metaphysics) of Alternative Inquiry Paradigms

Item	Positivism	Postpositivism	Critical Theory	Constructivism
Ontology	naive realism – « real » reality but apprehendable	critical realism – « real » reality but only imperfectly and probabilistically apprehendable	historical realism - virtual reality shaped by social, political, cultural economic, ethnic, and gender values, crystallized over time	relativism – local and specific constructed realities
Epistemology	dualist/objectivist; findings true	modified dualistic/objectivist; critical tradition/community; findings probably true	transactional/subjectivist; value mediated findings	transactional/subjectivist; created findings
Methodology	experimental/manipulative; verification of hypotheses; chiefly quantitative methods	modified experimental/manipulative; critical multiplism; falsification of hypotheses, may include qualitative methods	dialogic/dialectical	hermeneutical/dialectical

Source : N. K. Denzin et Y. S. Lincoln Eds, *The Landscape of Qualitative Research : Theories and Issues*, 1998, p. 203.

Nous nous situons d'emblée du côté du constructivisme et de la théorie critique. Essayons maintenant de départager, d'un point de vue ontologique et méthodologique, ce que nous puiserons à l'un et à l'autre de ces deux paradigmes.

Les théoriciens nous rappellent que la pensée constructiviste se teinte d'idéalisme puisque, selon cette perspective, la réalité se construit d'abord dans l'ordre des idées. Or, les fondements théoriques de la problématisation de la santé reposent sur cette tradition philosophique.

D'autre part, la tradition critique s'est enracinée dans des contextes économiques et politiques: elle a porté sur les conditions bien matérielles de surgissement de conflits de classes, de genres ou de générations. Ce courant de recherche qui n'a cessé de se

développer après Marx, en grande partie grâce aux travaux de l'École de Francfort continue d'être inspirant au plan de la rigueur logique. Il importe de se rappeler la racine grecque du mot *critique* qui signifie « discerner ». Ce à quoi nous exhorte Jean-François Malherbe (1994), le philosophe insistant sur l'importance de l'esprit critique lors de l'élaboration d'un cadre conceptuel.

1.3.2 À l'interface du constructivisme et de la théorie critique

Devons-nous absolument faire un choix d'adhésion entre le constructivisme dont l'aspect relativiste se prête au développement local d'une part et d'autre part, le réalisme historique inhérent à la théorie critique? Nous croyons qu'il est possible, à partir de leurs points de convergence, d'en arriver à concilier les deux paradigmes. L'essentiel de cette convergence nous semble tenir du fait que, dans les deux camps, la subjectivité des chercheurs - autant que celle des participants à la recherche - est admise, assumée et, par conséquent, exige la mise en place de mécanismes d'expression de l'intersubjectivité. Or, les études en équipes multidisciplinaires offrent ce milieu propice aux échanges entre chercheurs associés. De même, les champs théoriques transdisciplinaires, comme celui du développement régional dans lequel s'inscrit notre étude, encouragent cette avenue particulièrement lorsqu'ils sont ouverts aux débats publics. Nous croyons que la publication des thèses, les communications scientifiques, les ouvrages et les activités de vulgarisation des résultats de recherche constituent une avancée dans cette direction. Nous considérons que c'est surtout par l'écriture et grâce à la diffusion des écrits que le social se raconte, qu'il se donne à comprendre.

1.4 Cadre de référence

Nous avons relevé à l'instar de Raymond Beaudry, la tendance chez les auteurs contemporains à modéliser l'impact de la globalisation sur les structures sociales selon « une conception duale de la société » (2000, p. 287). Prenons l'exemple de Perret et Roustang (1993) qui situent la communauté d'un côté et l'économique de

l'autre. Cette approche donne lieu à des prises de position diamétralement opposées concernant l'issue de la turbulence en cours. Pour les uns, le monde de demain serait constitué de réseaux transnationaux, sans autre ancrage territorial que technologique; et pour les autres, le monde de demain serait transformé à partir de la résistance d'îlots de populations en tant que milieux de vie interconnectés, et à partir desquels pourrait se construire une mondialisation différente. Selon Castells (1999b), la première prise de position ne tiendrait pas compte de l'importance de la territorialité humaine alors que la deuxième sous-estimerait la complexité de la dynamique identitaire à l'œuvre au cours du processus de l'autodétermination des communautés.

L'omniprésence du thème de la mondialisation dans les publications de recherche scientifique, les médias d'information populaires et, jusque dans les conversations quotidiennes les plus courantes, suggère qu'un changement radical du regard porté sur le monde s'opère en même temps, au cours d'une seule génération. Les sciences humaines ont du mal à décoder la réorganisation des représentations sociales puisque chaque discipline se fonde sur une perspective de l'être humain dans son rapport au monde. De sorte que la crise de l'autoreprésentation qui affecte les sociétés contemporaines, selon Castoriadis (2005), ne pourra se résorber dans une explication globale, un mythe unificateur. Pour le philosophe, l'aventure dans laquelle l'humanité est engagée se résume à un projet d'autonomie sans cesse à renouveler et toujours dépendante de l'aptitude humaine à s'imaginer pour se transformer. Convenons que, le fait de se représenter l'économie mondiale telle une super puissance sans frontière, précarise les prétentions à la souveraineté territoriale. Cependant, la référence à une mondialisation à laquelle les États seraient plus ou moins assujettis pourrait tout aussi bien solidariser les liens communautaires comme augmenter le sentiment individuel d'impuissance. De là la raison pour laquelle nous cherchons quelques clés pour interpréter la représentation que les populations régionales se font de leur existence collective à l'ère de la globalisation.

La problématique de l'autonomie des communautés locales, présentée en début de chapitre, devrait trouver son fondement théorique en sociologie dans la voie tracée par Max Weber (1864-1920) d'une science « compréhensive » que l'économiste souhaitait dirigée vers la signification. C'était à l'époque où l'activité économique n'était pas conçue isolément de l'activité politique et de l'action sociale en général. Ainsi que l'a démontré Thomas S. Kuhn (1972), les paradigmes scientifiques et l'orthodoxie sécurisante des champs théoriques finissent à long terme par s'effriter. La recherche sociale s'est grandement complexifiée sous l'effet de courants diversifiés de pensée et la remise en question de ses postulats fondamentaux. Le courant de la phénoménologie a commencé à influencer le développement des sciences humaines dès le début du XX^e siècle (Deschamps, 1997, p. 11). Nous retrouvons quelques éléments de notre cadre de référence chez les penseurs s'identifiant à ce courant.

1.4.1 Sociologie et souveraineté territoriale

La notion d'« autorégulation réflexive » s'avère particulièrement intéressante pour éclairer notre propos. Ce concept fut introduit en sociologie par l'économiste Max Weber dans l'ouvrage *Économie et société* (1971). La pensée de Weber qui aurait grandement contribué à établir les bases théoriques de l'action sociale, inspire encore d'éminents théoriciens, dont le philosophe Paul Ricœur qui y découvre une perspective scientifique avant-gardiste. La sociologie est décrite comme la science de l'interprétation de l'action humaine lorsque cette action est orientée vers autrui (1986, p. 297).

Selon l'analyse que fait Paul Ricœur de la perspective weberienne, l'action sociale orientée vers autrui confère sa légitimité à l'État et, par conséquent, l'autorité étatique ne serait plus justifiable aussitôt qu'elle cesse d'être perçue par les membres de la communauté comme issue des motivations qui donnent sens à l'action politique. Weber inscrivait sa proposition dans le champ de la sociologie en tant que science

compréhensive s'appliquant à interpréter la signification d'une orientation collective que se donneraient des agents capables d'imputer à eux-mêmes les conséquences de leur action sociale.

À l'instar de Ricœur, nous pouvons déduire que Weber situait la validité d'une règle de l'ordre social, tout comme la légitimité de ceux qui en revendiquent l'imposition, au niveau des croyances collectives. Ainsi dans un monde idéal, le pouvoir politique serait soumis en permanence à l'approbation du groupe; la communauté disposerait de moyens efficaces pour réduire un contrôle devenu paralysant, ou encore pour accroître certaines mesures de protection lorsque sa survie en dépend.

Antony Giddens (1987) souligne également que Weber a particulièrement bien illustré l'importance de l'autorégulation de type réflexif dans plusieurs secteurs de la vie sociale. Ayant mis à l'épreuve cette perspective de recherche, Giddens a pu constater qu'il est fréquent chez des acteurs situés stratégiquement de tenter, de façon « réflexive » et par des procédures sélectives de « filtrage d'information », de régir les conditions générales de la reproduction d'un système, soit pour le conserver tel quel, soit pour le transformer. Il avance le postulat que les êtres humains sont des agents compétents qui contrôlent de façon réflexive le cours de leurs interactions (1987, p. 80).

Le théoricien reconnaît que le principe d'autorégulation réflexive décrit par Weber joue un rôle majeur dans l'évolution des grands mouvements sociaux. Il considère cependant que le concept n'est opératoire qu'aux fins spécifiques de l'analyse historique de projets collectifs bien définis et dont l'objectif vise l'instauration à long terme d'un nouvel ordre social. Pour décrire le jeu des acteurs sur une échelle de temporalité plus réduite, celle de la production constante d'informations entraînant l'accélération des changements institutionnels caractéristiques de la *modernité avancée*, il optera pour le terme de *réflexivité*.

Weber concevait la réflexivité en tant que processus de régulation entre gouvernés et gouvernants, et cherchait à modéliser le rapport de confiance entre un peuple et ses dirigeants. Suivant Weber, l'autodétermination réflexive s'apparente à l'exercice d'une démocratie participative.

Chez Giddens (1987), la notion de réflexivité s'applique à la production de nouvelles connaissances, récupérées au fur et à mesure au sein des systèmes institutionnels de régulation. La vulgarisation des résultats, touchant la majorité des domaines de recherche, accélère l'appropriation des savoirs par la population, l'intégration des idées nouvelles dans les discours, l'ajustement des stratégies administratives aux perspectives les plus récemment explorées. De sorte que l'expérimentation scientifique se généralise rapidement dans les pratiques sociales. Suivant Giddens, la notion de réflexivité s'apparente au modèle organisationnel du système ouvert; l'ouverture au changement requiert de la souplesse, de la malléabilité, un processus continu d'auto-évaluation.

Nous retenons comme dénominateur commun chez les deux théoriciens, que le principe de réflexivité repose sur une dynamique circulaire de changement et propose un modèle de développement non linéaire, mais en forme de boucles causales. Il s'agit en outre d'un développement autogéré par des agents compétents. Des agents capables de retour sur les décisions antérieures soit pour les consolider, pour les rénover ou encore, pour les remplacer. Or la dynamique réflexive est présentée par Giddens tel un ajustement au contexte et, par conséquent, s'apparente davantage à un mécanisme d'hétérorégulation que d'autorégulation. C'est par la création, et non par l'adaptation, que se distinguent les sociétés autonomes (Castoriadis et Cohn-Bendit, 1975).

La capacité d'agir sur soi-même, de réagir aux effets paradoxaux de ses propres choix comme aux conséquences imprévisibles de ses actes n'impliquerait-elle pas des

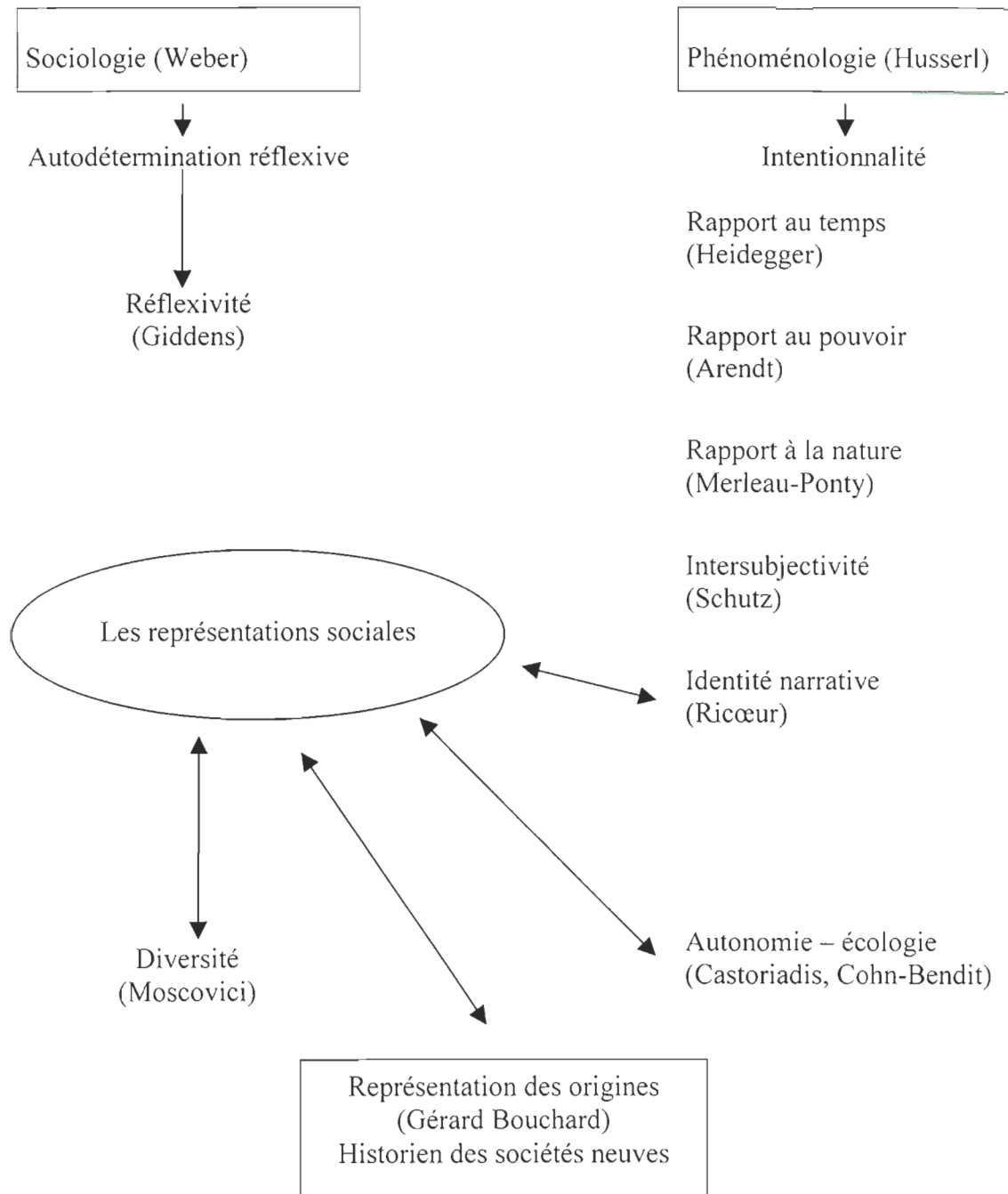
sentiments, à tout le moins des émotions? Sans la sensibilité qui entre en jeu dans les collaborations, la réflexivité pourrait être subordonnée à des objectifs de compétition et conduire à des comportements irresponsables. L'idée d'un développement intentionnellement orienté par des agents lucides, tout comme l'idée d'autodétermination comprise en tant qu'émancipation des déterminants externes ne suffit pas à hausser l'autonomie au rang de valeur sociale. Amputée de la dimension d'une présence au monde empreinte d'affectivité, l'autonomie ne saurait être socialement promue sans que la cohésion sociale soit sérieusement menacée. Cela mettrait possiblement en danger la solidarité communautaire.

1.4.2 Phénoménologie et communauté historique

Aussi, devons-nous poursuivre notre exploration en nous tournant cette fois vers le courant de la phénoménologie. La phénoménologie, d'après la définition de François-Pierre Gingras (1992, p. 132), aborde les faits sociaux en tant que données de l'expérience sensible et vécue. L'expérience humaine y est considérée comme matériau de base servant à l'analyse sociale, ce qui est compatible avec la thèse actuelle du développement endogène. Les historiens des sciences situent au début du XX^e siècle l'apparition en Europe du courant de la phénoménologie (Deschamps, 1997, p. 11) dont Husserl (1953), Heidegger (1986) et Merleau-Ponty (1975) furent les figures marquantes (Russ, 1994; Deschamps 1997).

Husserl, contemporain de Weber (Figure 1) et fondateur de ce courant philosophique, postule en effet que la conscience, loin d'être refermée sur elle-même, s'ouvre sur le monde extérieur, dans un élan, dans un mouvement, dans un éclatement. Le mathématicien philosophe souligne le caractère intentionnel du monde en tant que projet d'intelligibilité, en continuité avec le caractère intentionnel de l'existence humaine en tant qu'investissement de soi dans ce projet. L'approche phénoménologique proposait une réorientation des sciences humaines; il s'agissait de décrire les manifestations de l'intentionnalité à travers les significations.

Figure 1
Cadre de référence
pour une action sociale négociée



Suivra Martin Heidegger (1986), dont la réflexion permettra de mieux faire comprendre l'articulation existant entre le processus créateur et les structures qui, elles, se referment sur elles-mêmes, se figent pour durer et finissent par se lézarder. Le philosophe a fondé son système philosophique sur l'intuition qu'il existe un processus infini : celui de l'émergence d'un rapport au monde de type *existentiel*. Il élabore le concept central de *dasein* pour désigner l'expérimentation des possibilités de l'être proprement humain qui s'accomplit en déterminant lui-même son mode d'être. C'est lorsqu'elle est tendue vers son destin, que l'existence authentique s'ouvre aux possibilités non encore réalisées de son être.

Pour Heidegger, l'être humain se révèle essentiellement tension, ou *souci*, entre la conscience d'avoir été *jeté là*, à un moment du monde, et l'événement qui advient et dont la signification n'existe qu'en fonction de la conscience *d'être là*, présent. Une présence au monde, participant à son avènement, repose sur la conscience d'avoir à lui donner une signification. Or, donner une signification à son être au monde ne reviendrait-il pas à poser les prémisses de son autodétermination? À s'autodéterminer? Et l'autonomie, ainsi comprise comme une présence au monde singulière et remise en question continuelle, ne peut qu'être ressentie autrement que hautement insécurisante à moins d'un soutien social adéquat. Une autonomie strictement individuelle serait trop risquée, comme l'a plus tard démontré Ricœur.

Le souci d'assumer son existence particulière ne se limiterait pas, chez les phénoménologues, au développement personnel ni à la durée d'une vie individuelle. Hannah Arendt, suivant Heidegger dont elle fut l'élève, soutient que le propre de l'action humaine consiste à innover afin d'échapper à la loi de la mortalité. Sans cette faculté de recommencer interminablement à neuf, l'œuvre de civilisation serait impensable, expliquait-elle dans *Condition de l'homme moderne* (1983). La capacité de création collective conférerait à une société, selon la théoricienne, son potentiel politique d'autodétermination, par-delà la durée du mandat des gouvernants et celle

des formes de gouverne. Les régimes totalitaires ne prennent racine que là où la passivité et l'indifférence du peuple en ont longuement préparé l'avènement. Tout comme les systèmes de domination arrivent dans le long terme, l'autonomie collective se prépare de longue haleine. Par conséquent, il est plausible que le développement d'une *socialité autonomiste*, d'une citoyenneté affichant une préférence pour l'autonomie plutôt que pour le conformisme, dépende de l'éducation et des aptitudes valorisées au quotidien, dans chaque milieu de vie. L'autonomie se réalise au moyen d'un projet social.

Dans cette logique, une petite communauté y arriverait plus rapidement qu'une autre plus imposante. Les alliances entre familles cohabitant sur le même territoire, devraient précéder les grandes coalitions. Paul Ricœur, développe pour sa part le concept de « communauté historique » composée de sujets humains, agents compétents, pourvu qu'ils entrent en réflexion sur la signification qu'ils donnent à la finalité de leurs interactions. Il réserve le terme de société pour décrire le mécanisme économique abstrait relevant d'un ordre marchand international et pour désigner la mondialisation des méthodes de travail par delà les mœurs et les coutumes (1986, p. 394).

D'après Giddens, il y aurait en phénoménologie, dans cette perspective temporelle ouverte sur le possible, amenée par Heidegger (1986), une compréhension profonde de l'enjeu fondamental de la théorie sociale. L'enjeu relatif au « problème de l'ordre », expression que Giddens (1987, p. 84) attribue à Parsons, consisterait à « expliquer comment l'extension des relations sociales à travers le temps et l'espace transcende les limitations de la présence individuelle ».

En effet, la visée intentionnelle de la conscience ouverte au monde introduisait dès l'origine de la phénoménologie l'idée d'un rapport antérieur à la subjectivité, un rapport qui relie à la fois les sujets entre eux et avec le monde. Merleau-Ponty décrit

ce champ de présence comme un champ *intersubjectif* reliant le corps humain, la *chair*, à la matérialité de la nature (Deschamps, 1997, p. 33). Plusieurs décennies plus tard, Alfred Schutz (1971) insistera sur l'activité sélective et *interprétative* de l'homme envers la nature qu'il observe d'un point de vue subjectif (Ouellet, 1998, p. 119).

Nous percevons dans ce changement de perspective, une hésitation à situer l'existence humaine dans le monde physique, par le corps de chair, ou encore dans un regard sur le monde culturellement partagé. Il semble impossible de sortir du dilemme nature/culture en tenant à une définition abstraite de l'art de vivre ensemble et en harmonie avec les autres espèces. C'est par une approche concrète, une phénoménologie de la personne, que Paul Ricœur parvient à proposer une conception cohérente de l'« interaction » sociale (1990b, p. 125). Le philosophe propose la définition suivante de ce qu'il présente comme un éthos : « *souhait d'une vie accomplie – avec et pour les autres – dans des institutions justes* » (1990b, p. 116).

Cette conception ternaire de la constitution du social dans une perspective éthique apporte un éclairage pertinent à notre problématique de recherche en offrant une alternative à la dichotomie. Le débat concernant la réforme du système de santé, tel qu'annoncé dans les documents préparatoires à la consultation, risquait d'opposer deux attitudes : celle du pâtir (lat. *pati*, souffrir), dont les soignants sont témoins au quotidien, s'opposant à l'impassibilité (lat. *in* privatif et *passus*, ayant souffert) de gestionnaires obsédés par le financement des soins. À la notion d'« homme agissant » de façon « responsable », Ricœur intègre celle de l'« homme souffrant » (1990b, p. 116) et par conséquent, concerné par la souffrance d'autrui. Le sens des responsabilités démontré par un *agent* serait, dans ce cadre conceptuel, en lien direct avec sa propre expérience de la souffrance.

La relation de pouvoir doit nécessairement faire partie d'une analyse sociale (Russ, 1994). Pour Ricœur, « agir c'est exercer un pouvoir-sur un autre agent », dans une relation qui « met en présence un agent et un patient » (1990b, p. 126). L'inégalité de la relation se transforme en rapport égalitaire dans la réciprocité de l'interlocution, lorsque les parties en présence témoignent d'un souci de soi, d'un souci de l'autre et d'un souci de l'institution. Le souci de l'autre dépend de l'expérience de pâtir de chacun des agents. C'est toutefois l'institution qui se porte garante de la distribution du pouvoir entre les interlocuteurs. L'institution fait contrepoids à la fragilité de l'autonomie.

Ce qui ajoute encore à la pertinence de la référence à Ricœur pour notre analyse des textes c'est que le philosophe greffe, à la structure triadique de l'interaction sociale, un modèle d'interprétation du discours, une herméneutique. Ce faisant, le philosophe s'inscrit toujours dans le courant phénoménologique. À cet égard, il écrit : « Si tout n'est pas langage, tout dans l'expérience, n'accède au sens que sous la condition d'être porté au langage » (1990b, p. 120). S'intéressant à la dimension interactive du langage, il propose un cadre d'interprétation de discours dont la signification dépend du contexte d'interlocution. Il distingue l'acte *locutoire*, se limitant à un simple constat, de l'acte *illocutoire* transmettant une promesse, un avertissement ou une menace. C'est par l'engagement formel du locuteur, que le langage *fait* quelque chose, qu'il y a *acte* de discours.

Paul Ricœur a reformulé la théorie des actes de discours. Son approche théorique propose l'« autodésignation » comme fondement de l'interaction sociale. Soit que le – je – s'adresse à quelqu'un, soit qu'il réponde à quelqu'un, le fait de se présenter à autrui présuppose une capacité de s'autoreprésenter dans un acte d'affirmation du désir de s'engager dans un rapport de réciprocité. Le philosophe précise que son approche de l'interprétation du discours « vaut autant pour les institutions que pour

les personnes prises individuellement ou en interaction. Les institutions elles aussi n'ont d'identité que narrative » (1990b, p. 129).

Ricœur démontre que le maintien de la permanence de soi repose sur la signification donnée à des événements par rapport auxquels se situe l'auteur dans son discours. Nous retenons les propositions suivantes pour notre étude :

- Que cette dynamique de l'**autodésignation** se joue pareillement à l'échelle individuelle et à l'**échelle collective**;
- qu'elle se reflète dans la façon de reconstituer l'**histoire à laquelle s'identifie le narrateur**;
- que la **dimension historique rétablit l'unité** au fur et à mesure qu'une personne, une communauté, une institution traversent le temps;
- que **cette unité se rétablit en fonction de l'estime de soi**, étape préalable à l'attitude respectueuse qui est attendue d'autrui.

Les événements se succédant ramènent tour à tour les êtres humains à se resituer dans l'espace et le temps dans une permanence de soi à reconquérir sans répit. Il nous semble que cette idée de récurrence de l'actualisation de l'estime de soi vient enrichir celle de réflexivité que Giddens (1987) introduit dans sa théorie de constitution de la société. Il nous semble également que la notion d'**autodétermination** réflexive de Weber (1971) est compatible avec celle d'autodésignation dans le discours d'un collectif en quête d'autonomie. Notons que Edgar Morin (1981) avait exprimé le souhait que la recherche s'intéresse à la conceptualisation de l'**autonomie**.

Le **souci de soi** présenté par Heidegger (1986) dans la perspective de la précarité de la vie humaine et reconnu comme principe auquel doit être subordonné celui de *gouverne-mentalité* (Foucault, 1994 et 1995) demeure capital dans l'élaboration de notre cadre conceptuel. Reconsidéré par Ricœur, dans une perspective éthique, le *souci de soi* coexisterait à différentes échelles de grandeur dans un « enchevêtrement

des histoires ». Santé et autonomie se rejoignent par l'aspect précarité du pouvoir se faire respecter dans un récit acceptable par autrui. Ricœur nous libère de la dichotomie individu/société et nous permet d'aborder l'autonomie régionale sous l'angle de la représentation que les communautés se font d'elles-mêmes.

1.5 Cadre conceptuel

C'est donc à partir de la théorie des actes de discours telle que reformulée par Ricœur dans une perspective phénoménologique que nous précisons notre cadre conceptuel. Nous le situons dans une anthropologie de l'action sociale qui tient compte des recherches actuelles sur le langage, sur l'action et sur le récit. Présentons quelques concepts nécessaires à l'analyse du débat, sélectionnés sur la base de leur utilité dans l'observation d'un phénomène : **l'exercice discursif de transformation institutionnelle articulant la diversité régionale avec l'unité nationale.**

1.5.1 Définition des principaux concepts

Considérons trois composantes du débat sur le système de santé, selon un modèle inspiré de la définition de l'*éthos* que nous propose Paul Ricœur : « *souhait d'une vie accomplie, – avec et pour les autres – dans des institutions justes* » (1990b, p. 116). Nous avons ici une inscription de l'organisation sociale dans une visée d'« *institution juste* ». Le débat que nous étudions se situe dans le contexte d'une réforme institutionnelle. L'institution de la santé réfère à la justice d'un système de redistribution d'un bien considéré d'intérêt commun. En l'occurrence, nous proposons d'aborder le concept **santé comme visée sociale**. Nous suggérons cette définition applicable à l'ensemble de notre recherche doctorale : La santé correspond à la représentation qu'une collectivité se fait d'elle-même, légitimant sa visée à instaurer un système de distribution de soins aux malades et de services de prévention aux plus vulnérables, qui soit le plus équitable possible.

Prenons ensuite l'aspect de réciprocité dans l'énoncé de Ricœur (1990b), auquel se réfère le segment « *avec et pour les autres* » et qui présuppose la mise en place de règles facilitant la participation. Il va de soi que la participation citoyenne contribue à l'avènement d'une société égalitaire, tout comme à l'inverse, une société égalitariste encourage la participation. Les conditions de la prise de parole citoyenne, dans le débat qui nous intéresse, nous semblent devoir être examinées sous l'angle de la **participation**. Les règles d'encadrement de la consultation Clair étaient déterminantes sur les résultats de la participation. Il y a lieu de se demander dans quelle mesure la décision de confier aux Régies régionales la tenue des audiences publiques pouvait affecter le rapport entre les deux classes d'interlocuteurs : les représentants de la population d'une part et les délégués du Ministère d'autre part; dans quelle mesure cette décision a pu influencer le regroupement des locuteurs. Dans cette étude, le terme – **affinités électives** – est proposé pour désigner le choix délibéré d'un citoyen, ou de s'affilier à un groupe de pression, ou de s'associer à un mouvement de revendication, dans le but de maximiser ses chances de participation à l'édification de mesures socialement souhaitables. Le concept de la **socialité élective** s'élabore en le comparant avec celui de la **sociabilité obligée**, imposée traditionnellement par les liens familiaux, par le milieu du travail ou par l'institution.

En commençant sa définition par le « *souhait d'une vie accomplie* », Ricœur (1990b) plaçait l'**autodésignation** au premier plan. L'auteur considère l'affirmation de la responsabilité de sa propre vie, comme le premier stade de l'agir responsable. Par extension, s'identifier correspond à s'engager soi-même devant les autres. Nous adhérons à la proposition principale de Ricœur stipulant que l'identité est inséparable de l'engagement. Les auteurs de mémoires se sont présentés aux audiences régionales en spécifiant qui ils étaient et au nom de qui ils s'adressaient à la Commission. La précision de leur **lien d'appartenance à une communauté** équivaldrait à leur signature puisqu'elle authentifie leur déposition. Elle confirme leur droit à la prise de parole concernant la réforme souhaitée. Nous croyons pouvoir interpréter la citation,

sans trahir la pensée de l'auteur, en discernant un lien étroit entre la notion d'identité et celle de l'**autonomie**. Ce troisième aspect du débat, qui concerne la prise de parole à une échelle régionale, constitue l'élément fondamental de notre questionnement.

Les regroupements collectifs se sont autorisés à parler sur la base de quels sentiments d'appartenance? Posons comme cadre d'analyse que les voix régionales se sont réparties entre deux types différents de sentiments d'appartenance : celui d'une histoire commune, et celui d'une communauté territoriale.

Admettons ensuite que la notion de territoire puisse s'être transposée de la sphère strictement géographique à la sphère symbolique, selon le modèle de société en réseaux décrite par Castells (2001). L'identification à une corporation professionnelle tiendrait lieu d'identité conceptuelle, de façon similaire au fait que la conscience historique contribue à l'unité identitaire d'un peuple. Nous pourrions observer une opposition entre les producteurs de soins favorables au contrôle central, et leur clientèle plutôt favorable à l'autogestion des ressources médicales et sociosanitaires. Si tel est le cas, nous assisterions peut-être au retour du scénario de la réforme *radicale* ayant abouti à la Révolution tranquille. À ce moment-là, une élite avait imposé sa représentation de la modernisation à l'ensemble de la population, selon Gérard Bouchard et Michel Lacombe (1999).

Il nous apparaît également plausible que le sentiment d'impuissance citoyenne qui se serait développé en même temps que la mondialisation soit un empêchement à la décentralisation des pouvoirs gouvernementaux en matière de santé. La représentation d'une dictature mondialisée par les rapports marchands peut affecter le sentiment de maîtrise de son destin. La diffusion en temps réel d'événements qui, bien que géographiquement distants, sont susceptibles de perturber simultanément la vie quotidienne de milliers de gens, à l'échelle planétaire peut, certes, miner le sentiment d'autonomie citoyenne et, par surcroît, l'espoir de souveraineté nationale.

Nous assisterions alors à l'aggravation de cette crise de l'autoreprésentation collective telle que décrite par Castoriadis (2005). Un état de confusion de l'autoreprésentation que Gérard Bouchard (2003) associe à une crise de représentation des origines. Le Nouveau Monde y serait particulièrement sensible en raison de l'impossibilité de situer le mythe des origines dans la très longue durée. Tant que la confusion n'est pas dissipée, une telle société se comporterait de façon *équivoque*, hésitante entre les contradictions et bloquée dans son processus d'autodétermination.

Nous devons prendre en considération les données sociologiques relevées dans la littérature scientifique et considérer la difficulté pour une communauté spécifique de parvenir à une autoreprésentation valorisante dans le contexte de la mondialisation marchande. Notre questionnement porte sur la diversité régionale des représentations du – vivre ensemble en santé –. Nous nous demandons à quelles conditions une approche régionale pourrait contribuer à réunir les citoyens de tous âges par la participation à un projet de société attrayant. Cette question de recherche nous dicte notre objectif général qui consiste à mieux comprendre ce qui empêche certaines communautés régionales, moins bien desservies par le réseau québécois de la santé et des services sociaux, de négocier de meilleures conditions d'accès aux soins. Pour y parvenir, il faudra établir une nette distinction entre des systèmes de représentation discordants, concernant l'appartenance au territoire ainsi que l'histoire institutionnelle des soins, afin d'examiner ces divergences d'idées sous l'angle de leurs contradictions et des modes envisageables de conciliation.

1.5.2 Questionnement et détermination des objectifs

Le questionnement doit être ramené à des suppositions qui doivent être vérifiées l'une à la suite de l'autre. Nous cherchons des éléments de réponse dans les représentations sociales en posant trois sous-questions. Premièrement, est-ce que les discours concernant la visée de santé diffèrent d'une région à l'autre? Deuxièmement,

comment se profilent les divergences pouvant mettre en péril la cohésion sociale? Troisièmement, sur quelles bases consensuelles pourrait être édifié un projet social durable?

La première sous-question pourrait être développée comme suit : est-ce que les populations régionales qui se situent en deçà de la moyenne québécoise d'espérance de vie s'en inquiètent ou bien est-ce que la culture de masse axée sur la consommation et le divertissement génère l'indifférence générale? Cette indifférence pourrait être reliée à la démobilisation et au désengagement social dans une culture de masse homogénéisante. Si la divergence d'opinions se trouvait inhibée par la perte de repères identitaires décrite par Castoriadis (2005), l'analyse devra s'orienter vers d'autres choix que celui de la régionalisation des ressources en santé.

Par contre, l'observation d'une diversité des prises de position face à la réforme du système de santé et d'une variation de la résistance civile face à un éventuel désengagement de l'État, permettrait d'aborder la deuxième sous-question. Se pourrait-il alors, que les occupants de territoires excentrés par rapport aux métropoles, se soient renfermés dans une sous-culture de type communautaire, tandis que les professionnels de la santé prendraient la majorité des décisions affectant l'ensemble du réseau? Dans ce cas, nous détecterions deux niveaux de discours attestant que le Québec n'est pas tout à fait sorti du dualisme qui régnait à l'époque où la culture savante cherchait à contrôler la culture orale des populations terriennes. La culture des élites décrite par Gérard Bouchard et Michel Lacombe (1999) serait encore prégnante. Si l'analyse des textes révèle que les professionnels, en tant qu'employés de l'État, se dissocient des requêtes exprimées par les populations territoriales, il y aura lieu de documenter les facteurs et les conséquences d'un affaiblissement appréhendé du pouvoir régional de négociation politique. Nous y voyons un obstacle à la transformation d'une société à la fois unifiée et diversifiée que Gérard Bouchard qualifie de *négociée* (Bouchard et Lacombe, 1999).

Pour l'historien, il est tout aussi plausible que les Québécois s'engagent dans une négociation fructueuse que ne l'est le retour à une gouverne de type radical. Si la compétition internationale servait de principal mobile à un virage néo-libéral radical à instaurer de façon autoritaire (allant à l'encontre de la tendance sociale démocrate des regroupements collectifs), nous pourrions avancer que la société québécoise est en voie de céder à des pressions externes, de l'ordre de l'**hétérorégulation**. Si nous assistions à un débat faisant place à la diversité des groupes qui revendiquent plus d'autonomie, nous pourrions avancer que l'**autorégulation** est encouragée et que cela contrebalance l'effet homogénéisant de la mondialisation, puis contribuer à protéger la spécificité culturelle québécoise. Cela même si l'équilibre demeure fragile.

Au terme de ce premier chapitre, nous disposons de tous les éléments préalables à la définition de nos objectifs de recherche. Résumons brièvement la préoccupation de recherche au cours du cheminement qui nous y a conduite.

La pertinence sociale d'une étude sur la réaction des regroupements collectifs à un discours de « modernisation » de l'État dans le contexte de globalisation des marchés rejoint la pertinence scientifique des études en développement régional. Le débat québécois sur la santé, tel que présenté dans le discours officiel, semble se polariser entre ceux qui prônent un partenariat public-privé et ceux qui rejettent l'idée d'une révision du financement public. Notre démarche consiste à identifier les factions qui se regroupent autour d'une pluralité d'enjeux, constituant ainsi un ensemble multipolaire dont l'étude des mémoires présentés à la Commission Clair permettrait de dresser un profil régionalisé. Cette démarche détermine nos objectifs spécifiques. Sur le plan de l'avancement des connaissances en développement régional, nous comptons élaborer et tester une grille d'analyse des sentiments d'appartenance. Sur le plan du soutien politique à l'autonomie régionale, nous proposerons un modèle de conciliation des préoccupations particulières en jeu dans l'adhésion à un plan de réforme institutionnelle.

Tableau IV

Perspective de recherche sur la dynamique de transformation sociale
à partir des représentations collectives d'une société québécoise en santé

Élaboration de la question de recherche	Planification opérationnelle
Problématique : La commission Clair, créée pour animer des audiences publiques sur des propositions d'amendements au modèle d'organisation et de financement des services sociaux et de santé, a recommandé que le Ministère et les Régies régionales « reconnaissent le principe de hiérarchisation des services médicaux comme l'un des fondements du système de santé québécois » (2000, p. S.XII; P-25).	Prise de parole des collectifs régionaux en réponse aux options gouvernementales de modification au système de santé.
Question de recherche : Nous souhaitons savoir si la hiérarchisation territoriale qui découle de la hiérarchisation des services médicaux correspond à la vision des communautés régionales; ou si elle leur est imposée par une élite dirigeante.	Analyse d'un débat sur le – vivre ensemble en santé –.
Construction de la thèse : La conscience territoriale et historique des communautés se situe au centre de notre question de recherche.	Élaboration d'une grille de lecture articulant les dimensions de l'appartenance territoriale et historique, et devant servir à la classification des mémoires déposés aux audiences publiques.
Q₁ : Est-ce que le discours concernant la visée de santé diffère d'une région à l'autre?	Analyse des différences régionales.
Q₂ : Comment se profilent les divergences pouvant mettre en péril la cohésion sociale?	Comparaison entre les prises de position des regroupements de professionnels employés par le Ministère et celles des regroupements de travailleurs du secteur communautaire.
Q₃ : Sur quelles bases consensuelles un projet social durable pourrait-il être édifié? Comment s'articule le désir de participer à l'autogestion d'un Québec en santé en termes d'unité nationale et de diversité régionale?	Interprétation du discours populationnel le plus éloigné du discours officiel en vue de la proposition d'un modèle de conciliation des préoccupations particulières, en jeu dans l'adhésion à un plan de réforme institutionnelle.

CHAPITRE 2

LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Une approche centrée sur les représentations sociales offre l'avantage méthodologique de transcender la dichotomie entre la recherche qualitative et la recherche quantitative; l'opposition entre les concepts d'objectivité et de subjectivité. Le choix que nous avons fait d'utiliser des documents archivés comporte aussi les contraintes associées principalement aux critères d'éthique, de scientificité et de délimitation du corpus. Il nous apparaît pertinent de les présenter ici parce qu'ils ont influencé l'élaboration du principal outil d'analyse : la grille de lecture.

2. Spécificité de l'étude des représentations sociales

C'est chez Jean-Marie Seca que nous avons découvert l'éventail le plus détaillé des composantes de cette avenue « pluraliste méthodologiquement et plurielle au point de vue de la pratique scientifique » (2003, p. 7). Les frontières de ce champ d'études ne cessent de reculer, et Seca nous démontre l'intérêt, au plan heuristique, d'un processus qui permette de dépasser la « vision phénoménologique des contenus pour parvenir à dégager les éléments organisateurs des représentations » (2003, p. 8).

Examinant la trame de réalisation de travaux effectués, notamment par Jean-Claude Abric (1987, 1994) et Denise Jodelet (1989), Seca décrit l'aspect progressif d'une étude des représentations se déroulant en trois étapes successives. Partant du contexte socio-politique et de l'articulation théorique des enjeux qui définissent la problématique, en passant par le choix instrumental des moyens de repérage de la structure organisatrice qui délimite l'objet d'étude et précise la question de recherche, l'analyse devrait finalement s'arrimer avec les pratiques sociales à la suite d'une meilleure compréhension « d'une vie sociale en train de se faire » (2003, p. 17).

La dynamique générale de la recherche axée sur la structure des représentations mentales serait, dans cette optique, nécessairement à prédominance inductive. Notre parcours s'accorde avec cette logique opérationnelle : les quatre chapitres de la thèse correspondent aux principales étapes décrites dans l'ouvrage de Seca. Abordons le deuxième chapitre où seront traités les aspects méthodologiques relatifs au traitement des données secondaires en analyse de documents, à la constitution du corpus en analyse de discours, et à l'élaboration d'une grille de lecture correspondant au cadre conceptuel. Débutons avec quelques éclaircissements sur notre approche à prédominance qualitative comme approche traditionnellement privilégiée dans la démarche scientifique propre à l'étude des représentations sociales.

2.1 Approche à prédominance qualitative

La recherche qualitative n'est plus présentée aux apprentis chercheurs en opposition radicale avec les méthodes quantitatives. Pour Denzin et Lincoln (Tableau III), la transformation des paradigmes s'est accompagnée d'une ouverture méthodologique du quantitatif vers le qualitatif. L'approche constructiviste en sociologie de même que l'appréciation de la subjectivité des activités scientifiques par les épistémologistes a fait reculer le déterminisme associé aux sciences naturelles. Au Québec, des chercheurs comme, Ellen E. Corin, Gilles Bibeau, Jean-Claude Martin et Robert Laplante (1990) et Céline Pelletier (2004, 2003) ont adopté une perspective complémentaire à l'approche épidémiologique. Leurs études des représentations de la santé, de la maladie et du *prendre-soin* ont fait avancer de façon concrète la crédibilité de la recherche qualitative; elles sont un phare qui guide notre démarche.

2.1.1 Utilisation de coefficients numériques

Spécialiste de la méthodologie de l'étude des représentations sociales, Seca nous offre également un éclairage pertinent sur la possibilité d'appliquer des coefficients numériques pour mesurer des variables différenciatrices et de mieux évaluer les

paramètres des sous-ensembles composant un système de représentations. À partir de son expertise, il démontre que :

Une représentation pourra être désignée comme « qualitative » dans la mesure où elle est destinée à vérifier la réalité de la structure et de la signification d'une RS et à utiliser des techniques très diverses, ordonnées par une logique de planification des données qui, en dernier ressort, demeurent des chiffres. (2003, p. 8)

À l'instar de Seca, nous sommes d'avis que c'est l'objectif général de l'étude, plutôt que la méthode qui constitue la base principale de discernement entre les approches qualitative et quantitative. Cette proposition implique que l'instrument de compartimentation des données observées (le nombre de catégories) autant que l'ordonnancement des catégories (valeur numérique attribuée à chacune) demeurent de simples outils au service de la rigueur scientifique. L'étude des représentations sociales ne peut se soustraire aux critères de validité méthodologique. Cela, tant qu'il sera jugé important de soumettre la compréhension du phénomène social auquel s'intéresse la recherche à la discussion au sein de la communauté scientifique avant de la mettre au service de la collectivité.

2.1.2 Rapport entre objectivité et subjectivité

À la lumière de cette précision, il appert que le rapprochement qualitatif-subjectivité, comme celui de quantitatif-objectivité, ne constitue pas une contrainte impérative. C'est bien son option méthodologique qui amène le chercheur à se positionner en tant que participant actif à la recherche, dans une subjectivité assumée, en autant qu'il soit à l'aise dans cette posture épistémologique et qu'il la prenne en considération dans l'organisation de son analyse. Nous considérons que la spécificité du champ de recherche en développement régional tient en grande partie au fait que l'objectivité requise au plan scientifique ne vient pas en contradiction avec l'engagement social des chercheurs. Nous croyons que la cohérence des études en développement régional ira en s'accroissant au fur et à mesure que, sur une longue période, elles mettront en évidence la liberté des populations à déterminer leur avenir; une réalité sociale à

laquelle les sciences humaines n'auront pas d'autre choix que celui de lui accorder plus de considération. En réalisant notre étude, nous voulons nous joindre à ce mouvement scientifique. De façon concrète, nous voulons soumettre à la discussion notre interprétation des oppositions régionalistes et si possible réactiver un débat qui, de notre point de vue citoyen, a été et demeure endigué.

2.2 Traitement des données secondaires

Aucune recherche ne pourra se substituer au travail de fond que les citoyens eux-mêmes ont accompli en débattant et discutant des contraintes acceptables afin que les conditions d'accessibilité aux soins deviennent les plus égalitaires possibles. L'étude proposée a comme finalité de refléter cet effort. Notre interprétation se veut aussi rigoureuse que possible dans les limites de l'échéancier proposé. Si la voix en provenance des régions était portée jusqu'à la discussion publique, cela équivaldrait, dans la logique de Hannah Arendt (1983), à une démarche éthique en soi.

2.2.1 Considérations éthiques

Nous avons pu obtenir une copie des mémoires de la plupart des Régies régionales en informant les responsables de la conservation des documents publics de notre intention d'en faire une étude doctorale en développement régional. Comme nous n'avons pas l'intention de divulguer de renseignements nominatifs, nous n'aurons par conséquent pas à produire de formulaire de consentement. Nous demeurons consciente que la question éthique ne se résume pas à ces détails procéduriers. Mentionnons deux points délicats, le premier associé à la méthode et le second aux résultats de l'analyse.

Nous avons été sensibilisée à la prudence, comme nombre de chercheurs de diverses disciplines, devant le risque d'utilisation des résultats de recherche à des fins autres que celles prévues initialement. En effet, le débat ouvert par les trois Conseils canadiens de subvention à la recherche, et la parution subséquente du *Code d'éthique*

de la recherche avec des êtres humains (1997) aura amplifié la prise de conscience au sein des milieux scientifiques de la responsabilité à long terme envers les participants à la recherche. Il appert que le danger de récupération partisane des tendances sociales révélées au cours de projets scientifiques, ne serait pas purement imaginaire.

Au plan strictement méthodologique et suivant les recommandations de Benoît Gauthier (1998), il nous faudra tenir compte des limitations associées au traitement de données secondaires. Faire parler des personnes une seconde fois, dans un contexte différent de celui qui prévalait au moment de la rédaction et de la présentation de leur discours devant la Commission, commande un souci intégral de rigueur. Les informations complémentaires, présentées dans l'appendice III, témoigneront du soin minutieux apporté à la préparation du matériel documentaire et de l'ordonnancement méticuleux des données à colliger.

2.2.2 Critères de scientificité

Notre choix s'est porté sur une compilation de textes permettant de mettre en relief le profil régionalisé d'une volonté collective d'autonomie par rapport à l'État en matière de stratégie d'amélioration de la santé d'une collectivité donnée. D'autant plus que nous proposons une méthode d'investigation d'une catégorie de facteurs parmi les plus intangibles qui soient : les représentations du sentiment d'appartenance. Il nous a semblé que c'était une manière moins biaisée de recueillir des informations qu'en élaborant un questionnaire.

La Commission Clair, qui a donné lieu à une vaste consultation, s'est déroulée simultanément dans toutes les régions du Québec. Elle offre une opportunité sans pareille d'application méthodologique à l'analyse d'un processus dialectique de production d'un discours régional. Voici comment se présenteront, dans le cadre de l'étude actuelle, les étapes successives de la délimitation du corpus, de l'organisation

du matériel documentaire, de l'élaboration d'instruments de collecte de l'information, de l'analyse et de la diffusion des résultats.

L'élaboration de nos grilles de lecture relève du paradigme constructiviste qui exige que nous tenions compte des critères de rigueur méthodologique appropriés à l'approche qualitative. Nous suivrons le modèle d'évaluation de Lincoln et Guba, tel que présenté par les professeures Céline Pelletier et Ginette Pagé (2002) dans l'article « Les critères de rigueur scientifique en recherche », publié dans la revue *Recherche en soins infirmiers* en 2002. Les aspects de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de confirmation doivent être respectés, selon les théoriciens, à la satisfaction des lecteurs et des participants à la recherche.

2.3 Délimitation du corpus

L'éventail des textes à être soumis à une analyse de contenu devrait privilégier, selon Laurence Bardin (1993), le choix d'un matériel homogène, régulier, accessible et riche d'informations eu égard à l'objectif de la recherche. Toutes les informations répertoriées au cours du processus de consultation constitueraient ainsi ce que l'auteur définit comme un univers documentaire, un ensemble très vaste et non organisé en fonction de notre question de recherche. D'après Bardin, la délimitation du corpus consiste justement à extraire d'une masse de documents ce qui est pertinent, c'est-à-dire essentiellement contributif à l'atteinte des objectifs spécifiques de l'étude. Nous inspirant des paramètres définis par cette spécialiste, amorçons le travail de discrimination amenant à ne retenir que les données pertinentes, homogènes, fiables et disponibles.

2.3.1 Commission Clair et consultation populaire

Pour commencer, signalons que la Commission Clair fut investie d'un double mandat : consulter les experts et, ensuite, prendre le pouls de la population régionale sur un certain éventail d'options. Telle est la situation dans laquelle les citoyens et les regroupements régionaux furent appelés à émettre leur point de vue sur l'organisation

et le financement des services de santé et des services sociaux. Les réflexions d'une trentaine d'experts sur les enjeux de la réforme ont été abondamment détaillées dans le rapport Clair (p. 321-400). Notre étude portera donc exclusivement sur le volet *populationnel* du mandat de la Commission, dont nous avons exposé plus haut la pertinence sociale et scientifique.

D'autres considérations viennent aider à circonscrire notre choix, relatif aux modes de consultation adoptés. Les citoyens se sont en effet exprimés selon l'une ou l'autre des trois formules de participation : le sondage téléphonique, le *vox populi* sur l'internet ou la présentation orale ou écrite d'un mémoire. Le sondage téléphonique fut réalisé par la firme Léger Marketing durant la période s'étendant du 24 août au 10 septembre 2000 et a rejoint 5000 personnes. Le questionnaire accessible sur le site internet de la Commission a recueilli l'opinion de 502 répondants; questions et réponses sont présentées dans le rapport (p. 316-320). La Conférence des Régies régionales a présenté la synthèse de 556 mémoires déposés aux audiences régionales à partir des résumés produits par chacune de ces Régies (p. 268-296).

Notre intérêt porte sur les mémoires originaux, documents inédits, non déposés à la Commission et dont seul un compte-rendu des résumés apparaît intégralement dans le rapport des commissaires. L'ensemble des présentateurs qui se sont ainsi exprimés devant les comités régionaux ne constitue qu'un échantillon de 10 % de la *population* totale des répondants. En outre, tous les textes déposés ne présentent pas un intérêt égal du point de vue de la discussion, de la concertation, de l'intersubjectivité, bref de la dynamique de rédaction. Voici comment nous en viendrons à sélectionner les mémoires des différents regroupements collectifs, après un inventaire complet de la documentation disponible.

2.3.2 Inventaire de la consultation régionale

Les documents originaux constituent un matériel relativement homogène devant être préservé comme archives durant cinq années, suivant la politique de conservation des documents en vigueur au réseau québécois de la santé et des services sociaux. Donc, l'authenticité en a été ainsi garantie. Nous avons encore à nous assurer que ces mémoires pouvaient être mis à notre disposition. Le rapport Clair mentionne que la Régie régionale de la région 17 (Nunavik) de même que le Conseil régional de la région 18 (Terre-Crie-de-la-Baie-James) n'ont pas mené de consultation. Nous avons donc fait appel au personnel de direction des 16 autres Régies régionales. Parmi les 16 institutions sollicitées, 14 ont collaboré à notre étude par la remise de 534 documents comme l'indique le tableau suivant.

Tableau V
Sommaire des collaborations des Régies régionales

Région	Mémoires collectifs	Mémoires individuels	Total
01 Bas-Saint-Laurent	65	8	73
02 Saguenay – Lac-Saint-Jean	14	2	16
03 Capitale Nationale	20	3	23
04 Mauricie et Centre-du-Québec	60	8	68
05 Estrie	36	3	39
06 Montréal-Centre	Synthèse		
07 Outaouais	37	3	40
08 Abitibi-Témiscamingue	19	6	25
09 Côte-Nord	22	2	24
10 Nord-du-Québec	5	1	6
11 Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	Synthèse		
12 Chaudière-Appalaches	43	5	48
13 Laval	38	12	50
14 Lanaudière	45	11	56
15 Laurentides	18	2	20
16 Montérégie	39	7	46
Totaux	461	73	534

La forte proportion de mémoires provenant des diverses associations est venue confirmer la pertinence d'une étude visant précisément à discerner les particularités des mobilisations collectives au-delà d'opinions individuelles et de récriminations personnelles. Ce qui nous amène à sélectionner parmi les écrits ceux qui furent

présentés par des groupes d'associations ou coalitions. En soustrayant du processus de collecte des données tous les mémoires de facture individuelle, nous avons circonscrit notre corpus à 461 mémoires.

2.3.3 Codification des mémoires disponibles

Le classement des mémoires corrélés à chacune des seize régions administratives facilitera les comparaisons territoriales. Nous avons codé chaque document transmis respectivement par les 14 Régies régionales collaboratrices. Chaque unité porte le numéro correspondant à sa provenance, soit de 01 à 05, de 07 à 10, et de 12 à 16, suivi d'un tiret puis du chiffre attribué à sa position dans cette série régionale. Les mémoires individuels ont été mis de côté et les mémoires collectifs inscrits par ordre alphabétique sur une liste des groupes structurés ayant été entendus aux audiences régionales. L'énumération détaillée des présentations de groupes peut être consultée à l'appendice I.

En cumulant les résultats du classement régional, nous avons pu établir le répertoire des organismes de 14 régions du Québec, dont le point de vue fut résumé dans la synthèse réalisée par la Conférence des Régies régionales du Québec, tel qu'illustré à l'appendice II.

2.3.4 Processus de sélection des textes

Nous présenterons dans le chapitre qui suit les résultats d'une démarche graduelle ayant pour but de mettre en relief certaines particularités du discours social québécois articulé autour du thème de la santé. Dans un premier temps, le contenu sera examiné en fonction des critères d'homogénéité et d'hétérogénéité afin d'en faire ressortir le maximum de spécificité régionale. Lors de cette première lecture, nous interpréterons la variété de positionnements des auteurs de mémoires, par rapport aux options gouvernementales, comme autant d'indices de régionalité. Dans un second temps, nous procéderons à une analyse plus approfondie du discours social à partir d'un échantillon des secteurs et des lieux d'audiences qui se seront révélés les plus

significatifs d'une spécificité culturelle, lors de la première lecture. L'ensemble du corpus aura ainsi été considérablement réduit, de sorte qu'il nous sera possible de le traiter sans avoir forcément recours à un support informatique. La réduction du corpus se sera néanmoins appuyée sur une diversité, non seulement postulée, mais ayant déjà franchi une rigoureuse étape de vérification.

2.4 Élaboration d'instruments de collecte d'information

La démarche scientifique exige de faire un choix judicieux d'outils de collecte des données. Il est parfois possible de répondre à cette exigence en adoptant des procédés éprouvés. Un effort de créativité est habituellement requis afin d'adapter à une problématique spécifique une méthode traditionnellement reconnue. Selon les enseignements des historiens des sciences, il est peu fréquent d'avoir à inventer l'instrumentalisation dans sa totalité. Il en est de même en ce qui concerne les représentations sociales. La perspective méthodologique de Moscovici (2002) concernant la manière de saisir les informations distinctives qui font la lumière sur les dissensions sociales fut déterminante dans l'élaboration de notre grille de lecture. Cette méthodologie appliquée aux représentations de l'appartenance sociale est conciliable avec notre cadre de référence. Nous y référons à nouveau afin de montrer comment nous en sommes parvenue à sélectionner deux dimensions du concept d'autonomie régionale : le sentiment d'appartenance à un territoire partagé et le sentiment d'appartenance à une histoire commune.

2.4.1 Dualité structurelle des représentations

Les représentations structurent la vie en groupe au cours d'un réaménagement constant. Depuis une décennie, une crise de l'autoreprésentation des sociétés est annoncée par d'éminents analystes, Cornelius Castoriadis en tête (Giust-Desprairies, 2005). La multidimensionnalité du processus de l'autodétermination réflexive s'avère incontestable. Deux dimensions fondamentales, admises comme notions incontournables

tant par les milieux de la recherche scientifique que par ceux de la réflexion philosophique, sont privilégiées dans notre cadre de référence.

La théorie de la structuration de Giddens (1987), en conceptualisant la dualité du structurel, a su intégrer une thèse déjà admise par les théoriciens des représentations sociales. Moscovici, précurseur de cette avancée scientifique, avait proposé la notion de *thêmata* pour désigner la fonction archétypale d'une dynamique d'articulation des représentations du soi collectif, spatial et historique. Lorsque Heidegger définit l'humain comme un *être-là* (*dasein*), il établit un lien entre ces deux mêmes dimensions. Comme le précise Pierre Desjardins, « ce "là" est non seulement dans l'espace, mais aussi dans le temps et dans la représentation que lui-même s'en fait » (1996, p. 183). Lorsque Gérard Bouchard (2000) se pose en observateur scientifique de la référence aux origines dans les *sociétés neuves*, il intègre les notions de conscience territoriale et historique. Au Québec comme ailleurs, cette dualité se retrouve dans la mémoire collective toujours en quête de renforcement ou de renouvellement du mythe fondateur. Cette double perspective du rapport à l'histoire autant que du rapport au territoire a inspiré notre interprétation initiale des textes.

2.4.2 Perspective bidimensionnelle

À la recherche des représentations susceptibles d'aider à la compréhension des conditions d'élaboration d'un discours social sur le thème de la santé, nous proposons deux axes d'interprétation du contenu des documents. L'auto-représentation, dans l'imaginaire québécois, de ce que devrait être une société en santé sera examinée d'abord dans sa dimension spatiale, en terme d'appartenance à un territoire. La dimension de l'appartenance à une histoire sera ensuite évaluée.

Dans un premier temps, les enjeux régionaux abordés dans le texte seront étudiés sous l'angle socio-géographique. Toute mention de remise en question de l'allocation des ressources ou d'ouverture à la modification des règles de répartition interrégionales

invoquée dans un mémoire sera repérée et cotée. Nous distinguerons trois niveaux d'intensité croissante de contestation du discours officiel. Certains organismes auront réitéré l'affirmation du droit citoyen de participer à un régime universel géré par l'État (niveau 1). D'autres auront revendiqué une organisation appropriée aux spécificités régionales (niveau 2). D'autres encore auront réclamé un ajustement de ressources en adéquation avec les besoins particuliers des communautés fragiles aux plans économique et social (niveau 3).

Plus précisément, nous attribuerons à cette dimension géographique une cote croissante selon le degré d'opposition à l'uniformisation des structures de soins sur l'étendue du territoire québécois. Les cotes attribuées aux mémoires collectifs seront d'autant plus élevées que les auteurs auront défendu les intérêts des communautés locales (cote 3) plutôt que de réclamer une déconcentration des ressources et un déplacement du pouvoir vers les instances régionales (cote 2). Les porte-parole qui auront tenté d'influencer la réforme gouvernementale sans pour autant contester la centralisation du pouvoir dans les mains de l'État, se verront attribuer le pointage le moins élevé (cote 1).

Tableau VI

Indices de l'intensité du sentiment d'appartenance à une communauté territoriale en regard de la répartition des ressources en santé et services sociaux

Niveau 1 (Cote 1)	Les propos tenus se restreignent à la représentation d'un territoire national, sous le contrôle central du financement et de l'organisation des soins.
Niveau 2 (Cote 2)	Les propos tenus évoquent, de plus, des modalités de concertation régionale en terme de complémentarité de mission, et interrégionale en fonction de la masse critique d'un type d'intervention spécialisée.
Niveau 3 (Cote 3)	Les propos tenus expriment, surtout, une préoccupation envers les communautés locales aux prises avec des conditions plus difficiles d'accès aux soins et services de santé en raison, entre autres, des distances importantes à parcourir et des frais élevés de déplacement.

Dans un second temps, nous examinerons, dans une perspective temporelle, la représentation des enjeux telle que perçue par les auteurs. Nous distinguerons une fois de plus trois niveaux d'intensité de contestation des participants selon l'ampleur de leur sentiment d'appartenance à une histoire commune. Les opposants les plus déterminés auront encouragé les gouvernants à ne pas céder aux impératifs à saveur électoraliste en ce qui a trait à la responsabilité sociale collective envers les générations à venir (Niveau 3, cote 3). Les mémoires qui auront situé le débat au plan du maintien des acquis sociaux face à la modernisation institutionnelle seront classés uniformément (Niveau 2, cote 2). Lorsque la référence temporelle n'aura pas dépassé la désapprobation face à une réforme précipitée, l'appartenance à une histoire commune sera jugée de plus faible poids argumentaire (Niveau 1, cote 1). La gradation des énoncés repérés dans le texte ira ainsi :

Tableau VII
Indices de l'intensité d'identification à la trajectoire historique
de l'édification du système de santé et de services sociaux

Niveau 1 (Cote 1)	Les propos tenus se restreignent à l'urgence d'agir face aux difficultés de financement et d'organisation des soins.
Niveau 2 (Cote 2)	Les propos tenus renvoient, de plus, à une représentation du temps « réversible », celui où s'affrontent les traditionalistes défendant des acquis sociaux, et les réformateurs prônant la modernisation des institutions et la « réingénierie » de l'État.
Niveau 3 (Cote 3)	Les propos tenus évoquent, surtout, l'idée d'un temps qui engage la responsabilité des générations actuelles à l'égard des générations futures, un temps au sens de finalité.

Six indices de régionalité seront retenus : trois d'entre eux serviront à faire ressortir les différences de représentation territoriale, les trois autres serviront à faire ressortir les différences de représentation temporelle.

2.4.3 Catégories de la grille de lecture

En distinguant trois niveaux d'appartenance pour chacune des deux dimensions, territoriale et historique, nous obtenons notre grille de lecture. Cette grille se compose de neuf catégories de représentations déterminées par le croisement des deux dimensions observables. Chaque catégorie correspond à une différence significative du rapport entre l'appartenance à une communauté plus ou moins élargie et l'identification à une histoire collective plus ou moins prégnante. La dimension spatiale distingue trois niveaux géopolitiques de la représentation territoriale (axe horizontal). La dimension temporelle détaille les trois niveaux de la représentation historique du système de santé (axe vertical). Les mémoires seront classés en neuf catégories telles qu'illustrées dans le tableau suivant :

Tableau VIII

Cadre d'analyse des représentations sociales dans le discours québécois abordé comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir du thème de la santé.
Base de classification des mémoires collectifs présentés aux audiences de la Commission Clair.

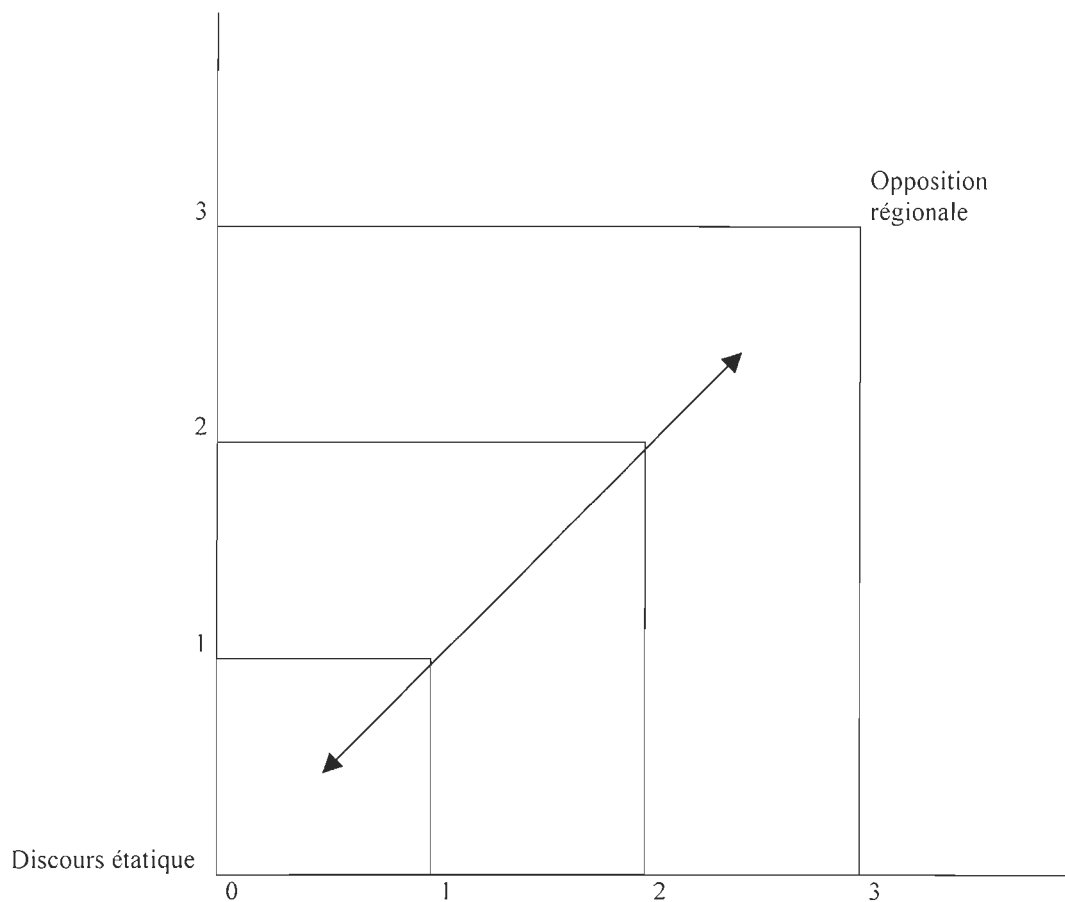
Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	Contexte \ provincial COTE : 1\1	Contexte \ régional COTE : 1\2	Contexte \ local COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	Plan \ national COTE : 2\1	Plan \ régional COTE : 2\2	Plan\ local (MRC, villages ou quartiers) COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	Projet \ gestion des corridors de services reliant les territoires périphériques à des centres d'expertises cliniques. COTE : 3\1	Projet \ transactions en vue d'un partage plus équitable des ressources cliniques entre les régions COTE : 3\2	Projet \ alliances entre communautés autogérées dans un processus de recomposition territoriale COTE : 3\3

L'inventaire des documents déposés aux Régies régionales et la codification des mémoires collectifs permettront d'évaluer, entre autres, l'importance de la participation communautaire par rapport à celle du secteur institutionnel. Le cadre d'analyse présenté en neuf catégories permettra en outre de pondérer les résultats. Le filtrage des documents, étape bien éclairante sur les différences à faire ressortir lors de la classification des mémoires au moyen de la grille de lecture, constitue un épisode fastidieux, mais essentiel. La cote d'un à trois attribuée à chacun des mémoires et pour chacune des deux dimensions fournira le moyen de les cataloguer dans une des neuf cases et d'obtenir finalement un portrait régional.

Par la suite, nous pourrons établir la position comparée de chacune des régions, en réaction à une proposition de réforme dirigée unilatéralement et s'appliquant uniformément à tous sans égard à la spécificité territoriale. Le discours qui retiendra notre attention sera celui issu des régions ayant manifesté l'opposition la plus marquée à une argumentation à prédominance économique. C'est sur cette base que seront sélectionnées les régions de provenance des textes à être soumis à une analyse de discours; le recours à la pondération quantitative se limitant à la détermination du corpus.

Le diagramme ci-dessous servira à illustrer la régionalisation de la mobilisation des communautés en faveur de l'autogestion des ressources contribuant à la qualité de leur vie. Les données relatives à nos deux axes de représentations historiques et territoriales seront ainsi transposées sur une grille matricielle. Le positionnement de chaque région déterminé selon les représentations collectives, se situera au point de corrélation des dimensions étudiées. Les positions de chacune des régions deviendront repérables dans un nuage de points situés de part et d'autre d'un troisième axe. Ce dernier axe exprime une tension polarisée entre deux attitudes observables. Le pôle correspondant à l'hétérorégulation sous la pression externe exercée par l'économie mondiale (Point 0) et celui correspondant à l'autorégulation interne souhaitée par les régions les plus autonomistes (Point 3).

Figure 2
Diagramme de régression
Profil de résistance des populations régionales au discours gouvernemental
sur la santé selon les axes territorial (horizontal) et historique (vertical)
La flèche indique l'axe hétérorégulation/autorégulation.



Selon Madeleine Grawitz (1974, p. 972) l'illustration par diagramme de régression est applicable à la recherche sociale et permet de savoir si la corrélation entre deux phénomènes observés est positive ou négative. Une corrélation négative ou faible s'exprime par une dispersion des points tandis qu'une corrélation forte et positive s'exprime par une concentration des points déterminant un nouvel axe. Par exemple, l'axe hétérorégulation – autorégulation illustrerait le degré d'autonomie régionale, qui constitue la trame de notre démarche.

2.5 De l'analyse de contenu à l'analyse de discours

Notre démarche est guidée par la proposition suivante : plus le rapport à une même histoire s'affaiblit, plus la cohésion sociale d'une communauté tend à se recomposer sur d'autres bases. Nous adhérons ici à la thèse de Castoriadis (2005), à l'effet qu'une crise de l'autoreprésentation rend toute société vulnérable. Sa difficulté à se donner des normes appropriées à son développement différencié (autonomie) l'empêche de résister aux diverses formes de domination étrangère (hétéronomie). Un exemple de la relation entre la désorganisation sociale et l'assujettissement à une idéologie chez les *relocalisés* de l'Est du Québec a été bien documenté par Pauline Côté (1980). L'ouverture des frontières et l'explosion des technologies de l'information tendent à brouiller les repères identitaires dans un « hyperespace social » où plusieurs risquent de s'égarer (Castells, 2001, p. 529). Si la société québécoise se trouvait ainsi déroutée, les mémoires ne présenteraient pas de caractéristiques significatives. La réaction populaire aux propositions gouvernementales sera peu documentée et sans référence probante à l'histoire collective ou à un mode privilégié d'enracinement territorial.

Sans que la situation ne soit aussi dramatique, admettons que le Québec, en tant que *société neuve* et qui avait adopté le thème de la Révolution tranquille comme mythe des origines, traverse actuellement une période de transition particulièrement éprouvante (Bouchard, 2003, 1999; Bouchard et Lacombe, 1999). Soit qu'il réussisse à consolider son projet social sur une base territoriale, soit qu'il se laisse à nouveau diriger par une élite. L'esprit critique de la population sera mis à l'épreuve et en particulier, sa capacité de se ressourcer. La transition s'annonce favorable aux débats. En effet, Ricœur nous assure que c'est par la narration que se maintient le lien entre le passé et le devenir de l'être humain, assurant la cohérence indispensable à l'unité identitaire. De la même façon, les étapes de transition par lesquelles une communauté se transforme s'inscrivent dans son discours.

2.5.1 Conditions de production des discours

Nous avons brièvement décrit, au chapitre précédent, comment l'histoire québécoise du régime de l'assurance-maladie s'est inscrite dans un discours social, et comment toute transformation proposée unilatéralement par le Ministère est susceptible de réactiver un tel discours. Notre cadre de référence relevait l'importance de soumettre ces discours de vérité à l'analyse des différenciations sociales qu'ils mettent en jeu. Nous proposons que les mémoires soient analysés comme une forme institutionnalisée d'échanges entre l'État et les collectivités régionales, mettant en jeu l'autonomie de ces dernières dans une des sphères de la participation sociale, la santé.

Nous avons appris lors de la diffusion de son rapport, que la Commission n'a pas jugé pertinent de recommander l'intensification du processus de régionalisation amorcé dans les années 80 (Tableau I). Le lecteur y retrouve, présenté littéralement aux pages 270 à 296, le résumé homogénéisé des discours régionaux. La Conférence des régies régionales qui a effectué ce résumé ne s'est intéressée qu'à une seule partie du contenu des mémoires, celle des réactions aux options proposées par le gouvernement. Or, notre analyse des textes portera essentiellement sur les segments susceptibles de nous renseigner sur ce qui a conditionné la production du discours sur la santé. Nous chercherons à comprendre si cette décision a résulté de l'ambivalence des discours régionaux ou si elle a découlé d'influences extérieures à la consultation populationnelle, lesquelles influences auraient contrecarré une demande formelle de plus grande autonomie régionale. Nous nous efforcerons de mettre en relief les divergences discursives en cataloguant les textes originaux au moyen de neuf catégories de représentations sociales. Par les méthodes décrites dans le présent chapitre, nous nous proposons d'identifier les discours de résistance à l'uniformisation du réseau, de les situer géographiquement, et de les interpréter dans le contexte de leur production. Nos questions de recherche reposent sur l'évaluation de la diversité des prises de position à l'égard des options gouvernementales. Nous

proposons ainsi de situer cette analyse méthodique de la prise de parole régionale dans le contexte interdiscursif d'une consultation bien encadrée.

2.5.2 Contexte de la consultation et différenciations sociales

Que peut révéler la prise de parole par la société civile en réaction aux options proposées par la proposition gouvernementale de réforme? Les Québécois ont-ils réagi de façon identique? Sinon, comment s'est structuré leur positionnement? Une identification du profil de mobilisation sera-t-elle possible? Pourrons-nous y voir une volonté de régionalisation amorcée par la base communautaire?

Nous nous attendons à ce que les différences régionales ressortent avec évidence. À moins que la pression exercée par le pouvoir corporatif des professionnels, évoluant tel un réseau transprovincial, ne soit venue gêner la résistance régionale. Que nous apprennent sur cette question les mémoires institutionnels et ceux des corporations professionnelles en comparaison avec ceux des organismes communautaires autonomes et des coalitions de consommateurs prônant une meilleure accessibilité aux services? Comment se déploient, sur le territoire québécois, les réseaux de résistance à l'idéologie dominante véhiculée par les experts. Les affinités électives entre professionnels, telles qu'exprimées dans les mémoires institutionnels présenteront à cet égard le plus haut intérêt. Assistons-nous à un retrait corporatiste des producteurs de soins ayant pour effet de les rendre moins sensibles aux préoccupations régionales ou locales de leurs concitoyens? Nous allons devoir vérifier dans les textes si les professionnels de la santé et des services sociaux apportent formellement leur soutien aux divers mouvements de dénonciation des conditions socioéconomiques fragilisantes.

CHAPITRE 3

L'ANALYSE DES DONNÉES OBSERVÉES

L'intérêt des sociétés contemporaines pour se doter de mécanismes de prise de décision démocratique encourage la multiplication des consultations populaires. Une quantité invraisemblable de données sont ainsi colligées dans le cadre de réformes des politiques sociales. Cette importante somme de documents publics contient des matériaux réutilisables pour des fins de recherche. Nous avons présenté au chapitre précédent une méthode de classement des représentations sociales que nous allons maintenant mettre à l'épreuve. Notre perspective de recherche nous oblige à insérer nos résultats dans la dynamique discursive interposant gouvernants et gouvernés. Nous débiterons avec l'examen des documents ministériels qui sera suivi par celui de la réponse citoyenne.

3. Représentations collectives et différenciation sociale

La différenciation sociale par l'adhésion à des **communautés d'idées**, selon les **affinités électives**, demeure notre fil conducteur. Les travaux dirigés par Vincent Lemieux (2001, 1994) nous apprennent que les processus d'élaboration des politiques publiques demeurent largement influencés par les groupes de pression, les intérêts respectifs de ceux-ci, et des stratégies d'alliances nouées en coulisse. Or, dans un système gouvernemental fondé sur la conciliation des intérêts privés avec la protection du bien commun, les privilèges concédés ne peuvent être imposés à la majorité sans soulever des mouvements de résistance ou d'opposition. D'où la nécessité de la part des gouvernants de présenter les requêtes particulières en les intégrant dans une logique d'intérêt général. Lorsque les réactions négatives ne sont pas inhibées, les groupes d'opposants recherchent également le support de la population dans un semblable exercice de légitimation. La cohésion sociale est en jeu.

3.1 Examen critique de l'argumentation ministérielle

Le secteur de la santé constitue une sphère d'intérêt collectif pour tous les citoyens, sans exception. Ce qui confère une importance sans pareille au message diffusé par l'État dans le cadre d'une réforme annoncée comme majeure. Une série de trois fascicules émanant du service de la communication du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fut publiée au printemps 2000, soit juste en temps pour informer la population qu'elle allait être consultée à l'automne suivant sur l'organisation et le financement du système de santé québécois.

Deux de ces documents traitent de l'organisation et du financement du système de santé, et le troisième présente un bilan exhaustif de l'état de la santé des Québécois pour la période s'étendant entre 1976 et 1997. La diffusion élargie de cette documentation en même temps que l'annonce de la consultation populaire avive notre intérêt de poser un regard critique sur la manière dont le discours gouvernemental a présenté les enjeux reliés à la pérennité du système public de santé.

Deux thèmes ressortant de façon récurrente dans ces publications préparatoires à la Commission, qui seront repris dans le rapport des commissaires, retiennent l'attention en ce qu'ils constituent la base argumentaire justifiant la « rationalisation » des services publics. Nous verrons comment cette argumentation concourt à démontrer la vulnérabilité de l'économie québécoise dans le contexte de la mondialisation, premièrement, au plan démographique en raison du vieillissement de la population, deuxièmement, au plan monétaire en raison d'une exigence externe de compétitivité économique. Il importe de dégager les fondements de ce discours officiel avant de tenter d'en apprécier l'impact sur la population, et des conséquences envisageables, à moyen et long terme, sur l'autonomie régionale.

3.1.1 Vues ministérielles sur le financement du système de santé

Le premier document du MSSS que nous abordons s'intitule : *Financement : état de situation et perspectives*. Il y a lieu d'examiner quel est le cadre d'analyse utilisé. Le fascicule présente un tableau de l'accroissement des dépenses de santé. Il propose une comparaison entre la croissance des coûts de la santé et « l'évolution tendancielle de l'économie ». Enfin, il souligne l'écart séparant les deux courbes de croissance (00-106-5F, p. 8). Les auteurs attribuent le manque de contrôle gouvernemental sur la hausse des coûts du système de soins à des « forces sous-jacentes à l'offre et à la demande » (00-106-5F, p. 7). L'analyse de l'offre, de la demande et des modalités de contrôle constitue les trois éléments clés de la présentation.

Concernant l'offre de services, la pratique médicale y est ciblée et plus spécifiquement le recours à « l'imagerie médicale » et à de « nouvelles générations de médicaments ». Le dépassement budgétaire du régime d'assurance-médicaments atteignait à lui seul 15 % par année depuis son adoption en 1997. La population pourrait se demander, à cet égard, si le Ministère n'aurait pas endossé lui-même une responsabilité majeure dans ce virage curatif de l'utilisation des fonds publics. Nos élus n'ont-ils pas fait le choix d'investir dans la technologie de pointe, y compris dans les laboratoires pharmaceutiques, plutôt que dans les services communautaires de prévention et de soutien sociosanitaire des familles éprouvées? Les subventions directes et indirectes consenties, à la même époque, à des filiales québécoises de l'industrie pharmaceutique ont été publiquement contestées depuis quelques années, notamment par le professeur Léo-Paul Lauzon (1994). Le professeur à l'Université du Québec à Montréal suggérait que soit considérée la participation de ce secteur lucratif au financement du programme. Au premier plan des préoccupations ministérielles, ce n'est pas tant l'offre comme la demande qui paraît causer problème quant à la pérennité d'un régime de soins entièrement public. Le virage proposé consiste en un contrôle plus serré de la demande de services au moyen d'une argumentation basée sur les coûts associés au vieillissement de la population.

3.1.2 Problématisation du vieillissement démographique

L'explication d'un scénario pessimiste de l'accélération des dépenses de santé repose en grande partie, dans le document ministériel précité, sur l'appréhension que laisse présager le vieillissement de la population au Québec :

Si tous les pays industrialisés doivent affronter la même réalité, le vieillissement de la population sera plus rapide au Québec et les conséquences plus profondes, et ce, dès la fin de la prochaine décennie, quand la génération du baby-boom atteindra 65 ans. [...] Les personnes âgées de 85 ans ou plus seront alors 75 % plus nombreuses qu'aujourd'hui. Le Québec est l'une des sociétés qui subiront le vieillissement démographique le plus rapide parmi les pays industrialisés. On estime que les seuls changements démographiques pourraient faire augmenter de moitié d'ici 25 ans et faire doubler d'ici 50 ans les dépenses de santé et de services sociaux, en dollars constants (MSSS, 00-106-5F, p. 6).

Ce qui n'est pas dit dans le fascicule traitant du financement, c'est que dans le modèle québécois la responsabilité de soutien aux personnes dont les capacités physiques et mentales sont fragilisées avait pourtant déjà été confiée aux Centres locaux de services communautaires (CLSC). Dans ce modèle qui faisait place à une approche communautaire multidisciplinaire, des professionnels du Service social devaient assurer la mise en place de mécanismes de prévention et le dépistage des risques de morbidité, une approche menant à réduire considérablement le nombre d'interventions curatives onéreuses.

Les données statistiques sur les services offerts annuellement sont diffusées dans un fascicule distinct et publié simultanément : *Organisation des services : état de situation et perspectives*. D'après les informations statistiques, compilées entre 1997 et 1999, en moyenne 170 000 personnes âgées ont reçu annuellement des services à domicile des CLSC alors que, pour la même période, 675 000 hospitalisations de courte durée de personnes de tous âges furent enregistrées.

Cela expliquerait en bonne partie l'explosion des coûts d'hospitalisation et l'allongement des listes d'attente qui hantent présentement les administrateurs et les professionnels du secteur de la santé. La situation est embarrassante. Rien d'étonnant que le MSSS, sans aller plus en profondeur dans l'exposé du problème, ait donné autant d'importance aux projections démographiques : la population vieillit. Sans compter que l'approche basée exclusivement sur l'évaluation prospective de la croissance des coûts relatifs à l'âge paraît simpliste comparée à d'autres scénarios plus optimistes. Par exemple, celui qui s'appuierait sur les progrès de la science de la santé grâce auxquels l'incidence de la morbidité serait décalée aux dernières années de la vie. De sorte que le prolongement de la vie en santé serait tout autant plausible que celui de la durée de la phase de maladie chronique (Béland et Bergman, 2000). Une revue des études sur le vieillissement effectuée par Frédéric Lesemann (1997) nous confirme que le recours sans nuances à l'indicateur statistique de longévité, pour évaluer les prévisions budgétaires d'un programme d'assurance maladie, n'a pas de fondement scientifique.

Cette base argumentaire fragile, voire contestable, n'est pas sans effet sur l'acceptation d'une plus grande autonomie régionale. L'accent posé sur les conséquences du vieillissement ne prédispose pas à l'écoute d'éventuelles revendications des communautés rurales. D'autant plus qu'une proportion plus élevée de gens âgés dans les zones les plus urbanisées du Québec pourrait justifier la majoration des ressources en soins gériatriques prioritairement dans ces zones. Le bilan *Santé au Québec* (MSSS, 00-106-4F, p. 4) décrit une population relativement plus jeune dans les régions moins densément peuplées en raison d'un taux de fécondité plus élevé. En 1996, en regard de la population totale, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus était de 14 % au Bas-Saint-Laurent; de 13 %, en Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine; de 10 %, au Saguenay – Lac-Saint-Jean; de 7 %, sur la Côte-Nord; et de 3 % pour le Nord-du-Québec, comparativement à 15 % pour la ville de Montréal.

Dans cette perspective, l'investissement financier dans la santé des aînés ne devrait-il pas tenir compte du fait que – vieillir en santé – se prépare de longue date, dès l'enfance?

Les problèmes associés au vieillissement en région, loin des centres médicaux où sont concentrés les professionnels, ne sont aucunement abordés dans la documentation gouvernementale. Lorsque se conjuguent les deux phénomènes démographiques du vieillissement et de la « régionalité », une nouvelle réalité sociale particulièrement problématique apparaît, selon Marc-André Delisle (1999). Les visites chez les médecins sont plus onéreuses en milieu rural en raison des distances à parcourir. De plus, les annulations de rendez-vous aux cliniques gériatriques des hôpitaux régionaux en saison hivernale deviennent faits courants même si elles ne sont pas comptabilisées dans les statistiques annuelles. Il est reconnu que, en cas de retard anormal des vérifications du dosage optimal d'une médication ou de l'effet croisé de médicaments multiples, l'état de santé d'un aîné peut se détériorer rapidement. Ce sont alors les proches, la parenté ou le voisinage, selon la culture et la démographie locale, qui doivent pallier le manque d'accessibilité à ces services essentiels. Arrive alors un moment où le déménagement de la campagne vers la ville s'impose impérieusement.

En conséquence, la rareté des ressources cliniques à proximité contribue à la migration des ruraux en perte d'autonomie; l'effet de la concentration des aînés en milieu urbain exerce une pression sur les budgets des hôpitaux. Cette perspective est escamotée alors que les risques menaçant la pérennité du régime, directement imputables au vieillissement, sont indûment exagérés. Le vieillissement favoriserait la prospérité économique des nations qui savent en tirer avantage, selon Le Cacheux et Touzé (2003). La problématisation du vieillissement manque de profondeur.

3.1.3 Contrecoups de l'économie mondiale sur la compétitivité

Le vieillissement de la population, une fois érigé en problème socio-économique, peut être évoqué pour justifier plus d'une stratégie impopulaire. C'est pourquoi il importe de dégager la trame du discours officiel. Deux des fascicules tendent à démontrer la vulnérabilité de l'assise fiscale du système de santé, de même que la nécessité pour le Québec de demeurer concurrentiel au plan économique à l'échelle internationale. Le rapport de la Commission (2000, p. vii). nous fournit la clé d'interprétation de ce qui, en toile de fond, sous-tend la cohérence de ce discours : « un monde de concurrence féroce où le Québec ne dicte pas les règles ». Dès lors, la fonction publique québécoise se trouvait autorisée, comme nous allons le voir, à envisager l'option d'un resserrement du contrôle de l'État et celle de la privatisation des soins pour aider au financement du programme.

Voici comment le document visant à informer la population sur le financement introduit l'idée de centralisation du volet administratif. Selon les chiffres du ministère des Finances, le potentiel moyen de croissance de l'économie du Québec ne dépassera pas 2 % d'ici 2010 alors que les dépenses du secteur sociosanitaire augmenteront de 3 à 3,5 % par année. L'écart appréhendé pourrait varier entre les scénarios le plus sombre et le plus optimiste de 2,2 à 3,3 G\$ de dollars pour une seule décennie. Considérant que le fardeau fiscal des Québécois figure déjà parmi les plus lourds en Amérique, il importe, selon le MSSS, de « produire les services à moindre coût » afin de « sortir de l'impasse ». Parmi les changements à apporter à la formule actuelle du financement de la santé, le MSSS propose que les ressources soient réparties de façon plus efficace. Il mentionne qu'il est nécessaire de « trouver un nouvel équilibre entre les dépenses et le financement local et régional du réseau ». Le MSSS préconise l'implantation au palier régional d'un système de gestion responsable axé sur des objectifs de résultats sans indiquer si les priorités seraient établies par le Ministère ou fixées par les Régies régionales de la santé à partir des besoins spécifiques de la communauté territoriale desservie.

Rappelons ici que c'est en remplacement des Conseils régionaux (CRSSS) que furent instituées en 1991 les Régies régionales. Ces dernières, selon les recommandations de la Commission Rochon en 1987, devaient détenir une plus grande autonomie de gestion, allant jusqu'au pouvoir de taxation. Selon l'étude de Christine Daniel (2002), il appert que les Régies régionales furent plutôt appelées à gérer les compressions budgétaires exigées par le Conseil du trésor. Alors que la Commission Rochon recommandait l'élection des membres des conseils d'administration des régies au suffrage universel, à la suite de la recommandation de la Commission Clair, ceux-ci sont nommés par le Gouvernement depuis juin 2001. Comment ne pas interpréter cette orientation comme un pas en arrière en matière de décentralisation régionale? Qu'en est-il de la récente transformation des Régies régionales en Agences régionales de développement des réseaux de Santé et de Services sociaux?

Au palier local, les amendements proposés comme remèdes aux « carences distributives » des établissements de santé ne s'appliquent qu'aux centres hospitaliers. Il n'est aucunement fait mention de carences budgétaires susceptibles d'empêcher les CLSC de remplir leur mission. Les CLSC sont pourtant les seules instances à mission exclusivement locale, légalement constituées, depuis 1971 (L.R.Q. c. S-4.2). Le MSSS préconise plutôt l'abandon de la reconduction historique des budgets consentis annuellement aux hôpitaux, une option aux conséquences difficiles à prévoir sur la pérennité des infrastructures régionales.

Pour bien comprendre la logique gouvernementale, il faut se référer à nouveau au document traitant de l'*Organisation des services* où il est recommandé de « fonder l'allocation budgétaire sur le principe selon lequel l'argent suit le client » (00-106-6F, p. 10). Autrement dit, l'allocation budgétaire serait consentie sur la base de la consommation des services. Elle serait comptabilisée en fonction du nombre de consultations réalisées au cours de l'année antérieure.

Au dire du MSSS, il s'agit d'« options qui ont été expérimentées dans plusieurs sociétés » (00-106-6F, p. 10). Mais quels pourraient être les effets à moyen ou à long terme de l'application d'un tel régime, ici, au Québec? Dans le cas où le financement des soins serait établi selon la demande plutôt que selon l'offre de services, qu'advierait-il des allocations financières en milieu rural? Les zones urbaines à forte densité démographique sont déjà mieux pourvues en équipements diagnostiques et thérapeutiques, à la fine pointe technologique, en personnel médical et paramédical spécialisé. Elles verraient donc hausser leur part des investissements collectifs pour être mieux en mesure de servir une clientèle plus nombreuse. Leur part grandissante des subventions gouvernementales leur permettrait d'augmenter leur quota de clientèle au cours des années. Cette éventualité paraît plausible sous l'angle d'analyse de Charles Côté et Daniel Larouche (2000) et de Charles Côté (1991) qui ont démontré que les régions les moins favorisées démographiquement se trouvent déjà dépossédées d'une grande partie des retombées économiques de l'industrie de la santé alors qu'elles fournissent, à leurs frais dans le régime actuel, une part appréciable de la clientèle totale. Les écarts déjà mesurables ne manqueraient-ils pas de s'accroître davantage advenant la modification des règles d'allocation budgétaire en fonction des volumes de consommation, et surtout en l'absence d'une politique musclée d'occupation du territoire ?

La haute direction du réseau de la santé emploie l'expression « carences distributives » sans égard « au niveau de défavorisation économique et sociale » comme indicateur retenu par Santé Québec (00-106-4F, p. 20). Cet indice est pourtant révélateur du lien entre maladie et pauvreté au plan de l'espérance de vie. Or, les régions du Nunavik, de l'Abitibi-Témiscamingue, du Saguenay – Lac-Saint-Jean et de la Côte-Nord affichent l'espérance de vie la plus basse au Québec. En fait, il semblerait que les rédacteurs aient lénifié les conditions d'accessibilité sociale aux ressources, comparativement à la quantité des ressources disponibles par personne.

N'aurait-on pas dû également prendre en compte le fait que la médecine spécialisée tend à consolider sa concentration dans les métropoles? Le Conseil médical du Québec présente trois niveaux différents de services organisés en un système hiérarchisé. Les soins de première ligne sont dispensés par les omnipraticiens et ceux de deuxième par les médecins spécialistes. La médecine de troisième ligne est concentrée dans les hôpitaux à vocation suprarégionale et universitaire. Tous les Québécois ont théoriquement accès à ces services ultraspecialisés. Des ententes assurent que des lits d'hospitalisation sont exclusivement disponibles pour une clientèle en provenance de l'extérieur. Le Ministère et les communautés régionales se fient à cette collaboration pour ouvrir des *corridors de services* et garantir ainsi une certaine équité territoriale.

Des inconvénients de tous ordres découlent de déplacements souvent répétés et onéreux, auxquels doivent se soumettre les malades référés par les hôpitaux à vocation régionale, comme ceux du Saguenay, de la Côte-Nord ou de la Gaspésie. L'information se fait rare cependant sur la proportion de personnes souffrant de maladies sévères ou de problèmes persistants, et qui se voient obligées de quitter leur milieu pour s'établir de façon permanente à proximité du lieu de pratique de *leur* spécialiste.

3.1.4 Entre réseaux d'influence et systèmes de représentation

À la suite de notre brève incursion dans les principaux textes gouvernementaux destinés aux participants à la consultation publique, nous sommes en mesure de faire au moins deux constats. Le premier fait référence à la représentation de la situation québécoise dans l'économie mondiale, le second aux relations provinciales-régionales.

Premièrement, nous remarquons que les données gouvernementales sont orientées vers un objectif précis. Il n'existe aucune équivoque dans le fascicule portant sur le financement public des soins, sur l'intention bien arrêtée de convaincre le lecteur que

le *statu quo* est inacceptable eu égard au maintien de l'intégralité de ce que les commissaires désigneront comme « panier de services assurés » (2000, p. 164). Concernant le style et le vocabulaire employés, le ton alarmiste du texte traduit vraisemblablement une inquiétude profonde. Le style décrivant la précarité des finances québécoises trahit l'état d'esprit conjoncturel des élus et du personnel ministériel. Le pessimisme régnait de toute évidence sur le climat de travail manifestement conditionné par l'objectif ultime de la réduction du déficit : diktat du Conseil du trésor! Concernant le silence de la Commission sur l'économie sociale (Vaillancourt, 2000), pourrait-on supposer une nette discordance dans l'interprétation de la réalité économique et sociale entre l'appareil gouvernemental et la société civile? Le ton nettement plus optimiste du rapport Clair, et plus encore la prise de position énergique des commissaires recommandant la continuité du financement public, permettent d'explorer cette avenue de recherche.

Deuxièmement, nous avons vu que la proposition gouvernementale de financement établi sur « le principe voulant que l'argent suive le client » n'encourage pas la déconcentration des spécialités médicales. Malgré la répétition, de longue date et médiatisée avec éclat, de requêtes citoyennes en faveur d'un accès aux soins plus rapproché des milieux de vie, la Commission Clair recommandera de ne pas régionaliser les budgets affectés au maintien des services de santé à la population sur l'ensemble des territoires québécois, sans plus élaborer sur les motifs de sa prise de position. Est-ce que des arguments incontestables se seraient imposés en défaveur d'une décentralisation aussi poussée, sans égard aux situations d'« inégalités entre les régions sociosanitaires » (00-106-4F, p. 20)? Santé Québec souligne pourtant « des écarts importants entre les régions sur le plan de l'espérance de vie » (00-106-4F, p. 21). Or, ces écarts correspondent à la situation des Québécois selon qu'ils vivent à proximité ou non des régions où sont concentrés les équipements diagnostiques et les médecins spécialistes.

Quels furent ces arguments? Les rapports de quels experts ont pu avoir autant de poids? Quels groupes d'intérêts ont pu soutenir la centralisation des ressources médicales et paramédicales engagées dans la lutte contre la maladie? Si nous endossons la thèse de Pierre Mannoni (1998) sur la puissance structurante des représentations, quels réseaux d'influence seraient impliqués? Dans ce cas, le Québec s'orienterait-il actuellement vers ce que Manuel Castells (2001) décrit comme une structure en réseaux et dont les « embranchements immatériels » surplombant le territoire sonneraient le glas de l'autonomie régionale? À l'étape actuelle de notre investigation, rien n'assure que l'une ou l'autre des communautés régionales n'ait déposé de requête en faveur de la décentralisation, ni des ressources cliniques, ni de l'autonomie de gestion. Seul le contenu des mémoires déposés aux divers lieux d'audiences pourrait révéler, sinon une nette volonté d'émancipation, du moins un désir de prendre localement en charge le développement social et sanitaire et d'en assumer la gouverne. Reste à voir quelles conclusions pourront être tirées de l'examen systématique des centaines de mémoires soumis.

3.2 Examen de la réponse citoyenne

Le pessimisme du Ministère au printemps 2000 contraste avec l'optimisme de la Commission Clair. La problématique de la gestion publique du système québécois de santé ne peut avoir évolué de façon perceptible en quelques mois. Seul l'évènement de la consultation publique s'est produit. Cette consultation itinérante en quête des points de vue de participants régionaux refléterait-elle une représentation plus confiante en l'avenir, voire divergente de celle émanant du haut fonctionnariat gouvernemental? À un premier niveau de lecture, notre source documentaire montre suffisamment de caractéristiques homogènes pour que le contenu des mémoires déposés à la Commission Clair soit considéré comme un ensemble cohérent : celui du débat sur l'avenir du système de santé officialisé par la création de la Commission. À cette aperception d'unité du corpus, se juxtapose une impression de diversité des sous-corpus émanant des quatorze régions d'audiences.

3.2.1 Homogénéité du plan de rédaction des mémoires

Le constat d'homogénéité repose, au premier abord, sur la quasi-uniformité dans la présentation du contenu des mémoires. La participation aux audiences régionales fut encadrée simultanément, sur l'ensemble du territoire québécois, par le réseau des Régies régionales de la santé et des services sociaux, minimisant ainsi les risques de dérapage de la consultation publique. Une liste prédéterminée d'options fut présentée à la population (Tableau IX).

Tableau IX
Liste des options soumises à la consultation populaire dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

Organisation des services
<ol style="list-style-type: none"> 1) Une organisation territoriale des services sous autorité unique 2) La responsabilité clinique et financière 3) Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne 4) L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale 5) Un dossier clinique informatisé par patient 6) La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées 7) Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats 8) La participation du secteur privé et du secteur communautaire
Financement
<ol style="list-style-type: none"> 1) La désassurance de services 2) L'augmentation des impôts 3) La contribution des usagers 4) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers 5) L'impartition (sous-traitance) des services de support et de soutien 6) La création de caisses spéciales 7) La vente de services spécialisés aux non-résidents 8) Les modes de distribution budgétaire

Source : Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000), *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec, p. 300.

En dépit de l'aspect limitatif des consignes, la rigueur de l'écriture, tout au moins dans le corps des textes, laisse supposer que les participants à la consultation étaient conscients qu'il était profitable de s'y conformer. Il en résulte que la structure d'un mémoire, généralement annoncée par la table des matières, obéit à un plan de travail structuré qui en facilite la lecture. Le cachet collectif de l'exercice de rédaction concourt particulièrement à l'homogénéité de la compilation documentaire régionale. Relativement peu de citoyens ont soumis un mémoire à titre personnel. À l'exception des deux seules régions pour lesquelles nous n'avons pas pu obtenir d'information, seulement 73 individus se sont prévalus de ce privilège démocratique, comparativement à 461 groupes de catégories comparables d'acteurs, d'une région à l'autre.

C'est donc en très grande majorité, en terme de – nous –, (représentant un secteur particulier de la population), que les mémoires collectifs furent rédigés. L'identité de ce – nous – se manifeste avec netteté dès l'introduction pour l'ensemble des textes. Explicitement et d'entrée de jeu, les signataires semblent vouloir annoncer le nombre de membres au nom desquels ils prennent la parole, et surtout faire valoir clairement qu'ils interviennent de façon légitime devant la Commission au nom d'une collectivité particulière. Il arrive que des extraits de texte provenant de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de la Loi canadienne sur la santé, ou les propos d'une sommité scientifique, soient succinctement évoqués à l'appui de leurs argumentations.

C'est néanmoins la description de la situation d'une population en droit de s'attendre à certains services qui demeure le principal motif de légitimation. Il n'est pas rare que la conclusion vienne renforcer une apparence de plaidoirie par l'évocation de valeurs telles la justice sociale, l'équité dans la répartition des ressources cliniques ou la notion de société égalitaire et celle de bien commun.

Tableau X
Principes d'un système de soins exclusivement public
inscrits dans la Loi canadienne de la santé (1984)

Gestion publique	Le système de santé doit être géré à titre de service non lucratif par une autorité publique responsable devant l'appareil législatif;
Intégralité	Le régime doit couvrir tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux;
Universalité	Le système couvre 100 % des personnes qui habitent une province donnée sans distinction quant au statut social, aux caractéristiques de santé, ou niveau d'éducation ou de revenu;
Transférabilité	Toute personne a droit aux services à l'extérieur de la province où elle réside;
Accessibilité	Le régime doit couvrir les services de santé assurés sans que l'accès à ces services ne soit gêné ou interdit directement ou indirectement.

Tableau réalisé par l'auteure à partir du document *Démocratiser et améliorer la santé par les services sociaux*. Mémoire conjoint présenté à la Commission Clair par le Conseil Central de la Montérégie, la Table de concertation de groupes de femmes de la Montérégie et la Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie, Saint-Jean-sur-Richelieu, septembre 2000, p. 19 et 20.

Le caractère de caution morale d'un tiers dont les participants entendent soutenir la protection, et les catégories de la population par lesquelles ils se considèrent mandatés pour revendiquer le droit à une accessibilité indifférenciée aux soins, dans le cadre légal de la Loi canadienne de la santé (Tableau X), demeure constant tout au long de leur plaidoyer.

Enfin, il se dégage de la première lecture une forte impression de divergence par rapport au ton alarmiste utilisé dans les trois documents d'accompagnement de la démarche de consultation; les auteurs émettent certaines réserves sur un pessimisme qu'ils jugent exagéré dans le matériel informatif émis par le ministère.

Certains accueillent avec suspicion le quasi-exercice de propagation idéologique qui les incite à s'ouvrir à la privatisation des soins et à accepter des modes de partenariat, à déterminer ultérieurement sans autre consultation de la base citoyenne.

Les lobbys sont visés parfois directement, c'est le cas de l'industrie pharmaceutique, le plus souvent indirectement, c'est le cas des conseillers qui gravitent dans l'entourage des élus de même que des consultants qui ont accès à l'antichambre des parlementaires. Tout plan de transformation du réseau qui viendrait d'une expertise externe inspire de la méfiance. Une crainte généralisée peut être décelée dans le profil argumentaire qui s'esquisse au fur et à mesure que les auteurs se présentent en posture de supériorité au plan de la connaissance des moyens qui favoriseraient l'amélioration des conditions de santé et de prévention des problèmes sociaux à leur échelon régional. Par la valorisation de ceux qui déploient leur engagement à l'intérieur du système ou dans leur « milieu de vie », les auteurs s'attribuent réciproquement et solidairement une compétence, un savoir pratique, acquis par l'expérience de travail, en matière d'évaluation des lacunes du système d'organisation et de financement. Ils se déclarent mieux placés qu'un quelconque observateur étranger pour proposer des scénarios réalistes de correctifs soi-disant impérieux. La complicité entre les auteurs de mémoires collectifs est rarement formellement admise bien que le lecteur puisse déduire, vu la récurrence de certaines expressions, qu'il pourrait y avoir eu une concertation préalable à la rédaction.

3.2.2 Hétérogénéité du style de réponse aux gouvernants

La diversité des mémoires se révèle sous plusieurs aspects. Nous avons relevé trois différences majeures. Premièrement, la spécificité linguistique des locuteurs reflète leur appartenance à des strates sociales spécifiques. Deuxièmement, le registre émotif de l'argumentation se module aux contextes particuliers des milieux d'interlocution. Troisièmement, le choix d'un allocutaire privilégié s'ajuste à la distance territoriale séparant les communautés locales du centre de prise de décisions.

Examinons plus en détail les caractéristiques permettant de reconnaître les signes distinctifs à chaque catégorie d'auteurs. Le milieu de la santé se caractérise par ses emprunts au jargon technologique et au style de communication bureaucratique. Les associations syndicales représentant les travailleurs de la fonction publique font montre de leur savoir dans les domaines de l'évolution de l'institutionnalisation de la santé au Québec et au Canada (Tableau XI).

Le milieu communautaire dispose, pour sa part, d'un éventail d'expressions caractéristiques de l'appartenance à une contre-culture dont les tenants défendent avec forte véhémence leur autonomie d'intervention sur une aire territoriale, une auto-organisation fondée sur un mandat accordé par la communauté.

À côté de ces deux modalités lexicologiques d'énoncés qualitatifs à teneur idéologique, le langage de l'économie sociale surprend en faisant appel à une nomenclature comptable en terme de croissance des coûts de production des services en rapport avec les possibilités d'autofinancement.

Une semblable observation s'applique aux textes issus de secteurs institutionnels comme ceux des milieux municipal et scolaire. Ces derniers utilisent un vocabulaire plus spécialisé; l'accès aux statistiques internes de leur secteur respectif leur permet d'établir des comparaisons aussi bien transversales avec les territoires voisins, que longitudinales et évolutives dans le temps, de recourir à la terminologie de l'évaluation de programmes.

Bref, la provenance sectorielle imprègne ces écrits de variantes dialectiques et stylistiques tout à fait compatibles avec les jeux de complicité évoqués précédemment.

Tableau XI

Événements marquants de l'histoire du système de santé québécois tels que répertoriés dans les mémoires déposés devant la Commission Clair par les organismes syndicaux représentant les travailleurs de la fonction publique du Québec

Année	Niveau international	Niveau fédéral	Niveau québécois
1947		Accès à l'hospitalisation en Saskatchewan ¹	
1948	Déclaration universelle des droits de l'homme par l'ONU ²		
1958		Programme canadien d'assurance hospitalisation	
1961			Programme québécois d'assurance hospitalisation
1966		Programme canadien d'assurance maladie	Gratuité des soins médicaux aux assistés sociaux
1970			Commission Castonguay-Nepveu
1971			Loi sur les services de santé et les services sociaux ³
1975	Déclaration de l'OMS sur le droit à la santé		Charte québécoise des droits et libertés de la personne ⁴
1982		Loi constitutionnelle enchâssant la Charte des droits et libertés.	
1984		Loi canadienne de la santé ⁵	
1985			Commission Rochon ⁶
1990			<i>Une réforme axée sur le citoyen</i> (M.-Y. Côté)
1992			Politique québécoise de la santé et du bien-être
1993			Gratuité des médicaments à des « malades sur pieds »
1997			Loi sur l'assurance médicaments ⁷

¹ Constitue une première canadienne en matière d'assurance publique pour les malades

² Traite du droit à la santé (Art. 25)

³ Crée les centres locaux de services communautaires (CLSC)

⁴ Inscrit le droit au secours (Art. 2)

⁵ Établit cinq principes (voir Tableau X)

⁶ Introduit la notion d'équité

⁷ Institue un régime d'assurance hybride public/privé (Projet de Loi 33)

Ces variantes ne placent pas les différentes catégories d'acteurs sociaux en contradiction entre elles sur le plan de la logique. Elles traduisent plutôt une complémentarité orchestrée dont on ne pourrait prétendre qu'elle soit formellement planifiée. D'après la mise en forme des textes, chaque groupe a travaillé isolément, du moins rendu à l'étape de la rédaction. Leur complicité, évidente par ailleurs, découle vraisemblablement d'un mode collectif de connexion à des niveaux d'affinités transcendant les intérêts corporatifs. L'ordre d'affiliation qui a rendu possible l'harmonisation des discours entre groupes disparates n'est pas nommément exprimé malgré la charge émotive qu'il ait eu le pouvoir de déclencher. Une relecture plus attentive nous a sensibilisée à un interdiscours laissant la nette impression d'assister à un échange au cours duquel des affinités électives s'affirment fortement.

La diversité des mémoires se laisse alors plus subtilement entrevoir par le ton dont fait usage le locuteur. Cette variabilité devient perceptible lorsque le lecteur passe d'un sous corpus régional au suivant. Le ton paraît se moduler sur le climat social et refléter une tension moindre, selon que l'audience régionale s'est tenue dans une des métropoles culturelles du Québec (Tableau XII), ou selon que ce même événement s'est tenu dans une petite ville centre, en territoire québécois périphérique, là où les groupes sensibilisés composent une plus grande proportion de la population. Encore faut-il préciser que le taux de participation des organismes communautaires s'est avéré aussi élevé dans les centres urbains, comme Sherbrooke, Trois-Rivières et Rimouski, à caractère institutionnel bien établi (Tableau XIII); pourtant, le discours du secteur communautaire s'y fait plus discret et nuancé, comme si les professionnels du réseau sociosanitaire avaient dicté la manière correcte de s'exprimer. Les mémoires provenant des mêmes groupes et associations, dans les milieux urbains et dans les milieux ruraux, expriment une tension émotive différente selon l'appartenance territoriale. La participation du secteur communautaire n'apparaît pas, d'après les tableaux XII et XIII comparés, comme un phénomène rural qui se serait développé en contrepartie de la concentration d'une élite professionnelle en milieu urbain.

Tableau XII
Importance régionale de quelques villes du Québec (recensement 2001)

Population régionale		Population urbaine		Taux
01 Bas-Saint-Laurent	200 630	Rimouski	41 950	20,90
02 Saguenay – Lac-Saint-Jean	278 279	Saguenay	151 150	54,31
03 Québec	638 917	Québec	513 397	80,35
04 Mauricie et Centre-du-Québec	255 268	Trois-Rivières	126 438	49,53
05 Estrie	285 613	Sherbrooke	139 938	49,00
07 Outaouais	315 546	Gatineau	228 052	72,27
08 Abitibi - Témiscamingue	146 097	Rouyn - Noranda	41 401	28,34
09 Côte-Nord	97 766	Baie-Comeau	24 201	24,85
10 Nord-du-Québec	38 575	Chibougamau	8 331	21,60
12 Chaudière - Appalaches	383 376	Lévis	124 569	32,49
13 Laval	343 005	Laval	343 005	100,00
14 Lanaudière	388 495	Joliette	18 004	4,63
15 Laurentides	461 366	Saint-Jérôme	60 764	13,17
16 Montérégie	1 276 397	Longueuil	385 690	30,22
17 Centre-du-Québec	218 502	Drummondville	47 019	21,52

Tableau XIII
Classement des centres de coordination de la consultation Clair d'après l'importance de la participation du secteur communautaire vs celle du secteur institutionnel (Mémoires collectifs) *

CRSSS	Région	Secteur communautaire	Taux
Chicoutimi	Saguenay – Lac-Saint-Jean (02)	10 / 14	71,42
Baie-Comeau	Côte-Nord (09)	14 / 22	63,63
Trois-Rivières	Mauricie et Centre-du-Québec (04)	36 / 60	60,00
Laval	Laval (13)	23 / 38	60,52
Sherbrooke	Estrie (05)	20 / 36	55,55
Joliette	Lanaudière (14)	24 / 45	53,33
Rouyn - Noranda	Abitibi - Témiscamingue (08)	10 / 19	52,63
Rimouski	Bas-Saint-Laurent (01)	33 / 65	50,07
Longueuil	Montérégie (16)	18 / 39	46,15
Sainte-Marie-de-Beauce	Chaudière - Appalaches (12)	18 / 43	41,86
Saint-Jérôme	Laurentides (15)	7 / 18	38,89
Hull	Outaouais (07)	14 / 37	37,84
Québec	Capitale nationale (03)	6 / 20	30,00
Chibougamau	Nord-du-Québec (10)	1 / 5	20,00

* Aucune évidence de corrélation ne ressort entre le taux de participation du secteur communautaire et l'importance régionale de la ville où se trouve localisée la coordination des services sociosanitaires.

Ailleurs, là où certains organismes empruntent au registre franchement polémique, de style pamphlétaire, infirmières et médecins affichent également une attitude plus critique, se permettant parfois de laisser libre cours à un sentiment d'amertume. Cette différence de registre est le plus souvent repérable lors de l'introduction et de la conclusion de chaque mémoire, là où les participants, par ailleurs tenus à un plan déterminé de réactions à une liste d'options, ont pu saisir l'opportunité d'une plus grande liberté d'expression.

Dans cette portion du texte où le ton est plus vif, où la subjectivité des auteurs se dévoile, s'exprime la prise de position à partir des valeurs intrinsèques du regroupement qu'ils représentent, ou de la communauté au nom de laquelle ils prennent la parole, c'est-à-dire d'un ensemble social plus vaste et susceptible de légitimer leur intervention. À chaque fois, un organisme se présente par la narration de son parcours, c'est-à-dire, l'inscription de sa raison d'être : son apport particulier à la santé d'une population donnée, en un lieu délimité et pendant une durée temporelle précise. L'affirmation de son être, en tant que groupe, se situe au-delà de son opposition critique envers l'imposition de mesures suggérant un quelconque partenariat privé, au-delà également d'un contre-discours dont l'État serait l'unique destinataire.

D'ailleurs, l'appareil gouvernemental, comme cible à la récrimination, apparaît comme un tiers plus ou moins absent d'un débat politique d'envergure nationale où le représentant de la Commission à l'audience régionale n'agirait qu'avec un simple mandat de médiation. Car c'est au commissaire présent que s'adresse le message sans que ce dernier soit le seul allocutaire; le représentant de la Régie régionale se voit interpellé, de la même façon que les autres personnalités publiques de la région. Plusieurs instances institutionnelles locales qui ont délégué un auditeur, par exemple celle du secteur de l'éducation, circonscrivent l'espace d'un interdiscours territorial.

Prenant parole sur cette scène discursive, les locuteurs reconnaissent être conscients de détenir un certain pouvoir, notamment un pouvoir de coalition permettant de se faire entendre en haut lieu. Certains visent le Ministère, d'autres cherchent à se faire entendre par des sphères décisionnelles, comme le Conseil du Trésor, plus en retrait des milieux d'affaires et des lobbys médico-pharmaceutiques.

De plus, une différence régionale ressort, qui ne se limite pas à une déconstruction systématique de discours d'experts annonçant un avenir sombre pour le programme d'assurance-maladie si le financement en demeurerait exclusivement public. La réaction contre un éventuel virage vers la privatisation s'avère plus ou moins forte selon les territoires où se tiennent les audiences. Il importe de vérifier sur le plan des représentations sociales comment s'articule cette discontinuité.

3.3 Analyse des représentations collectives

Nous avons établi dans le chapitre précédent que les enjeux sous-jacents à l'autodétermination des peuples demeurent expressément reliés aux représentations collectives de l'espace-temps territorial. Le code d'analyse figure au chapitre consacré à la méthodologie. La perspective de l'autorégulation y est définie comme une résultante ou plutôt une combinaison des dimensions spatiales et temporelles (Figure 1). Ces deux dimensions retiennent notre attention selon que les auteurs de mémoires se situent au plan géographique et révèlent textuellement leur appartenance à un territoire (Tableau VI) et/ou qu'ils se situent dans un rapport à l'histoire et défendent leur position dans la trajectoire de l'évolution politique et du développement social québécois (Tableau VII).

Chacune des 461 pièces documentaires s'est vue attribuer une double cote. Cette cote est inscrite dans une des neuf catégories de classification (Tableau XIV). Les segments de phrases répertoriés à l'appui de cette évaluation sont reproduits dans un cahier de bord identifié à chaque région. Parfois, la perspective générale des auteurs

indique la catégorie appropriée; le plus souvent, des segments de phrases sont sélectionnés à l'appui de cette évaluation (Appendice III).

3.3.1 Résultats du classement des mémoires

La classification des mémoires permet de visualiser avantageusement le positionnement des Québécois face au défi d'assumer collectivement le fardeau fiscal d'un réseau de services sociosanitaires rejoignant chacune des communautés. Examinons le classement obtenu au moyen de la grille de lecture. La catégorisation des mémoires par région a été complétée (Appendice IV). La compilation des données régionales montre un portrait global des représentations des conditions optimales favorisant l'amélioration de la santé des Québécois (Tableau XIV).

Considérons d'abord la distribution des mémoires répartis sur les trois lignes de l'axe vertical, ensuite, la distribution des mémoires répartis sur les trois colonnes de l'axe horizontal. L'axe vertical présente la souvenance collective des Québécois qui se trouve ravivée par la remise en question du système de santé. La première ligne regroupe les 22 mémoires offrant le moins de résistance à une réforme en profondeur pouvant être confiée aux administrateurs en poste. La deuxième ligne de l'axe vertical regroupe les 163 mémoires que nous avons classés dans l'ordre réflexif du débat, alors que des auteurs ont dépassé la préoccupation gouvernementale centrée sur les coûts du système. On constate que bon nombre d'associations ont exprimé l'idée que le contrôle de l'offre et de la demande de soins doit être exercé de façon modulée, de manière à ne pas exclure ceux parmi les Québécois qui sont les moins fortunés. Ces 163 auteurs collectifs s'objectent catégoriquement à la mise en place d'un système d'accessibilité permettant aux citoyens les plus fortunés d'acheter certains services. Cela même si la privatisation permettait à des Québécois moins nantis d'accéder plus rapidement aux diagnostics et traitements disponibles au sein du réseau public.

Tableau XIV
Compilation des données régionales concernant les représentations des
conditions optimales à l'amélioration de la santé des Québécois

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun	Total
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	Budget \ provincial 10 mémoires COTE : 1\1	Budget \ régional 6 mémoires COTE : 1\2	Budget \ mercéen 6 mémoires COTE : 1\3	22
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	Débat \ entre nations 37 mémoires COTE : 2\1	Débat \ entre régions 54 mémoires COTE : 2\2	Débat \ entre localités (villages ou quartiers) 72 mémoires COTE : 2\3	163
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	Projet \ gestion des corridors de services reliant les territoires périphériques à des centres d'expertises cliniques. 32 mémoires COTE : 3\1	Projet \ transactions en vue d'un partage plus équitable des ressources cliniques entre les régions 34 mémoires COTE : 3\2	Projet \ alliances entre communautés auto-gérées dans un processus de recomposition territoriale 210 mémoires COTE : 3\3	276
Total	79	94	288	461

En plus de cette opposition formelle, et qui en constitue peut-être le fondement axiologique, une pensée émerge sans équivoque d'après la seule force du nombre. Il appert en effet, à la troisième ligne de l'axe vertical, que les groupes d'auteurs considèrent majoritairement l'institutionnalisation de la santé au Québec comme un patrimoine collectif à conserver. Une majorité de 276 regroupements a expressément demandé que l'héritage national ainsi constitué ne soit pas dilapidé, mais enrichi avant d'être transmis aux générations futures.

En comparant les trois colonnes de l'axe horizontal, on remarque que l'attachement à l'institution de la santé en tant que telle, c'est-à-dire comme un symbole de l'histoire des Québécois, à préserver et à transmettre à leurs descendants, varie en fonction de la représentation du territoire. Chez les 79 auteurs qui privilégient une gestion centralisée au niveau national, on ne retrouve que 32 allusions à la pérennité du système public de protection contre la maladie, soit une proportion de 40 %. Ce pourcentage baisse à 36 %, soit 34 mémoires sur 94, chez les auteurs qui réclament une décentralisation de la gouvernance au niveau régional. Or, le taux grimpe à 73 %, soit 210 mémoires sur 288, où l'approche communautaire domine. L'amélioration intergénérationnelle de la santé des populations passerait, selon leurs arguments, par une autogestion par les communautés, de programmes adaptés aux situations locales. C'est dans cette catégorie que la finalité du programme national, incluant la prévention, est défendue avec le plus de vigueur. L'autonomie locale, en termes de marge de manœuvre des communautés qui désirent se prendre en charge, s'articulerait avec une continuité historique. Par conséquent, cette autonomie ne devrait pas, du point de vue des auteurs, être perçue comme une menace à l'unité nationale et un signe de fragmentation sociale, mais plutôt comme un enracinement plus en profondeur des valeurs distinctives de la société québécoise.

Il était plausible, d'après notre questionnement, que la représentation urbaine de la santé, en tant que système institutionnel ramifié et gage de stabilité dans la perspective du long terme, se soit imposé à la population rurale; les petites communautés plus éparpillées sur une grande superficie, ayant pu perdre de vue le plan d'ensemble à l'origine de l'histoire du réseau. Or les données recueillies ne permettent pas d'incriminer l'influence de l'urbanisation ni de la transformation des communications ayant mené à l'uniformisation des représentations. Les mémoires révèlent que – vivre ensemble en santé – se définit de façon distincte selon les milieux de vie des répondants, et attestent de la diversité des discours.

Le tableau de classement global montre également une convergence : 439 (163+276) regroupements collectifs sur 461 proclament l'importance de ne pas céder aux pressions d'ordre économique susceptibles de porter atteinte au principe de la prise en charge des malades par l'institution nationale. Une majorité de participants au débat se représentent l'institutionnalisation de la santé comme faisant partie de la trajectoire historique d'un peuple qui entend demeurer fidèle à ce qu'il croit être. En raison de cette forte convergence, la diversité régionale requiert un examen minutieux.

Les résultats détaillés du classement régional des mémoires suscitent un intérêt particulier (Tableau XV). Les régions de la Côte-Nord (09), du Nord-du-Québec (10), du Saguenay – Lac-Saint-Jean (02) et de l'Abitibi-Témiscamingue (08) s'identifient peu à un territoire de juridiction provinciale. Elles figurent pourtant parmi celles qui s'opposent le plus radicalement à toute dérogation au projet de réforme de 1971 qui érigeait en Loi le principe d'égalité d'accès aux soins et la mise en place d'une structure en réseau desservant tout le territoire. Ces régions dissocient la mission législative d'encadrement juridique d'un projet de société d'avec la fonction administrative.

Les mêmes résultats traduits en pourcentage nous indiquent quelques variances (Tableau XVI). L'appartenance à un tout petit milieu qui s'est exprimée dans la Mauricie et Centre-du-Québec (04) et la Côte-Nord (09) se concilie avec un attachement fort à l'histoire de l'institution. Or, cette caractéristique ressort moins nettement dans les régions Saguenay – Lac-Saint-Jean (02) et Nord-du-Québec (10), sans que nous puissions fournir d'explication. De plus, le fait que toutes les régions n'aient pas manifesté autant d'attachement au modèle québécois nous porte à nous interroger sur la fragilité d'une cohésion sociale qui ne reposerait que sur une tranche de l'histoire nationale, fut-elle aussi notoire que celle la création de l'Assurance-maladie.

Tableau XV
Classement régional des mémoires
Nombre de mémoires par région classés selon les trois niveaux de représentations d'un territoire autogéré

Représentation de l'appartenance à un territoire décrit comme espace																	
Régions	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	Total
1) de juridiction provinciale	11	1*	7	3	6	-	2	1*	0*	0*	-	6	15	13	4	10	79
2) d'administration régionale	12	2	6	6	9	-	9	4	1	0	-	9	10	15	6	5	94
3) de vie (localités ou MRC)	42	11	7	51	21	-	26	14	21	5	-	28	13	17	8	24	288
Total des mémoires	65	14	20	60	36	-	37	19	22	5	-	43	38	45	18	39	461

Représentation de l'appartenance à une histoire collective décrite comme :																	
Régions	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	Total
1) ajustement au contexte économique	5	0	2	0	1	-	1	0	0	0	-	2	1	9	0	1	22
2) participation à un débat	21	5	8	9	17	-	15	5	1	2	-	20	25	17	6	12	163
3) évolution d'un projet de société	39	9*	10	51	18	-	21	14*	21*	3*	-	21	12	19	12	26	276
Total des mémoires	65	14	20	60	36	-	37	19	22	5	-	43	38	45	18	39	461

* La faible propension vers une gestion provinciale de l'accessibilité aux services n'est pas en contradiction avec un attachement fort à l'histoire dans laquelle s'inscrit le modèle québécois (Régions 02, 08, 09, 10).

Tableau XVI

Pourcentage des mémoires par région selon les trois niveaux de représentations d'un territoire autogéré

Représentation de l'appartenance à un territoire décrit comme espace																	
Régions	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	%
1) de juridiction provinciale	17	7	35	5	17	-	6	5	0	0	-	14	40	29	22	26	17,1
2) d'administration régionale	18	14	30	10	25	-	24	21	5	0	-	21	26	33	33	13	20,4
3) de vie (localités ou MRC)	65	79*	35	85	58	-	70	74	95	100*	-	65	34	38	45	61	62,5
Total des mémoires	14	3	4	13	8	-	8	4	5	1	-	9	8	10	4	8	100,0

Représentation de l'appartenance à une histoire collective décrite comme :																	
Régions	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	%
1) ajustement au contexte économique	8	0	10	0	3	-	3	0	0	0	-	5	3	20	0	2	4,8
2) participation à un débat	32	36	40	15	47	-	40	26	5	40	-	46	66	38	33	31	35,3
3) évolution d'un projet de société	60	64*	50	85	50	-	57	74	95	60*	-	49	31	42	66	67	59,9
Total des mémoires	14	3	4	13	8	-	8	4	5	1	-	9	8	10	4	8	100,0

* La forte propension vers une gestion locale décentralisée ne se traduit pas nécessairement par un attachement aussi fort au modèle québécois d'origine (régions 02 et 10).

Tableau XVII
Ordonnancement de l'opposition régionale au discours gouvernemental

Classement régional	Dimension historique	Dimension territoriale	Moyenne cumulative
Côte-Nord (09)	2,920	2,950	2,950
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	2,860	2,966	2,913
Nord-du-Québec (10)	2,660	3,000	2,830
Abitibi-Témiscamingue (08)	2,740	2,680	2,710
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	2,640	2,710	2,675
Outaouais (07)	2,500	2,700	2,600
Montréal (16)	2,641	2,410	2,548
Bas-Saint-Laurent (01)	2,523	2,477	2,500
Estrie (05)	2,417	2,472	2,444
Laurentides (15)	2,660	2,220	2,440
Capitale nationale (03)	2,340	2,000	2,170
Lanaudière (14)	2,222	2,088	2,155
Laval (13)	2,289	2,000	2,145
Chaudière-Appalaches (12)	1,441	2,488	1,966

Il est maintenant possible de classer les résultats par ordre d'opposition régionale au discours gouvernemental. Rappelons que notre modèle d'analyse établissait différents niveaux d'appartenance collective selon les affinités électives (Tableaux VI-VII). De plus, notre grille de lecture prévoyait l'attribution des cotes 1, 2 ou 3 à chacune des neuf catégories, préalablement à la classification des mémoires (Tableau VIII).

Le calcul des moyennes, pour les cotes de 1 à 3 cumulées dans chaque région administrative, permet maintenant de dresser un bilan comparatif. Dans le tableau XVII, la position du classement régional des résultats calculés, présentée par ordre décroissant de grandeur, correspond à l'opposition au discours gouvernemental en ce qui concerne les deux dimensions observées de l'autoreprésentation collective : historique et territoriale. Un premier écart significatif de 0,270 point entre les moyennes cumulées par les régions des Laurentides (15) et de la Capitale nationale (03) signale une faible opposition au discours officiel dans quatre régions. Un deuxième écart de 0,075 point entre les régions du Saguenay – Lac-Saint-Jean (02) et de l'Outaouais (07) délimite l'ensemble des cinq régions les plus résistantes à ce même discours.

3.3.2 Ligne de rupture Nord-Sud en matière d'accessibilité

Le classement général des mémoires dessinait un portrait assez net de la préférence québécoise pour une gestion décentralisée des services de santé. L'aversion envers l'idée de réduire la part de financement public dans une stratégie d'ajustement à l'économie mondialisée ressort également. Globalement la société québécoise paraît assez homogène (Tableau XIV) tant que l'on ne dresse pas un tableau de comparaison régionale (Tableaux XV-XVI). L'ordonnancement de l'opposition régionale au discours gouvernemental montre une réalité plus complexe au plan de l'accessibilité aux services.

En effet, cette belle cohésion semble sur le point de se fragiliser lorsque, habitant loin des grands centres, plusieurs populations régionales se disent mal desservies. Des communautés entières s'en prennent à la logique de répartition des ressources cliniques sur l'ensemble du territoire, un mode de répartition intra et inter régional jugé inéquitable d'autant plus que la disparité en matière d'accessibilité aux soins s'accroît avec le temps. La disparité est perceptible de part et d'autre du Saint-Laurent, délimitant ainsi une zone excentrée des lieux où s'exerce la médecine.

Paradoxalement, ce sont les populations des territoires les plus éloignés des centres de décisions qui, tout en dénonçant les effets discriminatoires d'un système d'organisation des soins, tiennent avec insistance et intensité à la pérennité de l'institution dans son authenticité originale. Il existe un lien étroit entre les deux dimensions d'appartenance : l'attachement envers la communauté locale et l'attachement à une histoire nationale. Présentons les données sur un diagramme de régression, tel que prévu au chapitre de la méthode (Figure 2, p. 61). Nous distinguons plus nettement la démarcation territoriale entre les communautés selon qu'elles se considèrent marginalisées par le système actuel (Figure 3, p. 98). Et, surtout, apparaît une corrélation positive forte entre les dimensions de l'autoreprésentation historique et territoriale.

La première étape de notre examen des textes nous a fait découvrir une ligne de rupture. On remarque que ce sont les communautés qui occupent les territoires situés au nord du Saint-Laurent qui se perçoivent comme les plus défavorisées aux plans des équipements et du personnel spécialisés. Ce sont elles qui défendent avec le plus d'ardeur l'institution publique de la santé et des services sociaux. La dénonciation du laxisme gouvernemental dans la prise en compte des spécificités territoriales s'articule, dans le discours régional, avec le souhait de continuité d'un projet collectif destiné à resserrer les liens sociaux et, dans sa finalité, à le conserver à l'abri des intérêts privés et du commerce lucratif.

L'idée dominante chez la majorité des participants concerne le souci de baliser une éventuelle restructuration des institutions publiques, dans une trajectoire authentiquement québécoise. Sur un fond de consensus social se dessine un sentiment localisé de marginalisation. Ce qui capte notre attention, c'est que le refus de l'exclusion en matière d'égal accès aux soins soit si étroitement corrélé à la valorisation d'une histoire commune. Les populations qui se sentent traitées injustement ciblent le peu d'égard envers la spécificité territoriale afin d'expliquer l'érosion de principes fondateurs de l'institution de la santé. Elles interprètent le manque de fermeté politique concernant la nécessaire déconcentration des effectifs médicaux comme une trahison, par les équipes successives des gouvernants, de la traditionnelle option sociale des francophones d'Amérique.

En réponse à la première question, les indices de régionalité nous conduisent à l'affirmation de la diversité régionale des représentations collectives du – vivre ensemble en santé – (Tableau IV, Q₁). Ces indices nous ont permis de préciser certaines des caractéristiques historique et géographique de cette diversité. Des résultats qui devraient se traduire par une attitude de réserve face à une centralisation administrative des services, de même qu'à une réforme structurelle d'application uniforme sur le territoire de juridiction québécoise.

Notre deuxième question portait sur le profil des divergences pouvant mettre en péril la cohésion sociale. Une piste de recherche devait être considérée, laquelle aurait pu expliquer la tolérance de situations d'inégalité dans une société traditionnellement reconnue comme égalitaire par la majorité des historiens. Notre approche conceptuelle d'une socialité élective devait nous faire voir comment les Québécois, par leurs affinités électives, établissent les alliances structurantes de l'ordre social. Afin de vérifier si le rapport Clair n'aurait pas occulté un clivage entre le discours des élites et celui des gens ordinaires, nous cherchions à départager les catégories de citoyens qui se distinguent pour leur attachement à leur milieu de vie, de celles qui se rangent du côté des experts et idéologues discourant sur l'avenir du système de santé. Notre analyse des représentations n'a décelé aucune trace d'empreintes laissées par l'ancienne césure entre les élites québécoises et le peuple et qui, selon l'historien Bouchard (1999), perdurait encore à l'époque où le gouvernement a pris en charge les services de santé.

Les textes des audiences régionales ne révèlent pas de contraste entre opinions de professionnels et de non-professionnels. Il n'existe pas de démarcation notable entre les discours populaires et ce qui pourrait être qualifié de discours des élites. C'est plutôt en terme de disparité régionale dans la répartition des ressources médicales, laquelle module l'accessibilité aux soins spécialisés, que se profilent les divergences pouvant mettre en péril la cohésion sociale. Dans les régions les moins favorisées, les soignants ont fait montre de solidarité avec leur clientèle. Si des groupes de professionnels ou de gestionnaires ont fait valoir des intérêts corporatifs auprès de la Commission, ils l'ont fait ailleurs et par d'autres moyens que la présentation des mémoires aux audiences publiques régionales. Ce constat nous permet de considérer la socialité élective comme un mode de participation à valoriser. Les avantages reliés aux conditions de travail ou au statut ne conditionnent pas l'engagement des travailleurs de la santé autant que le sentiment d'être utiles, là où ils habitent. Des résultats qui devraient se traduire par une attitude d'ouverture aux alliances locales, à concrétiser notamment par l'assouplissement de la politique de rétribution des médecins. Un changement destiné à refléter plus fidèlement

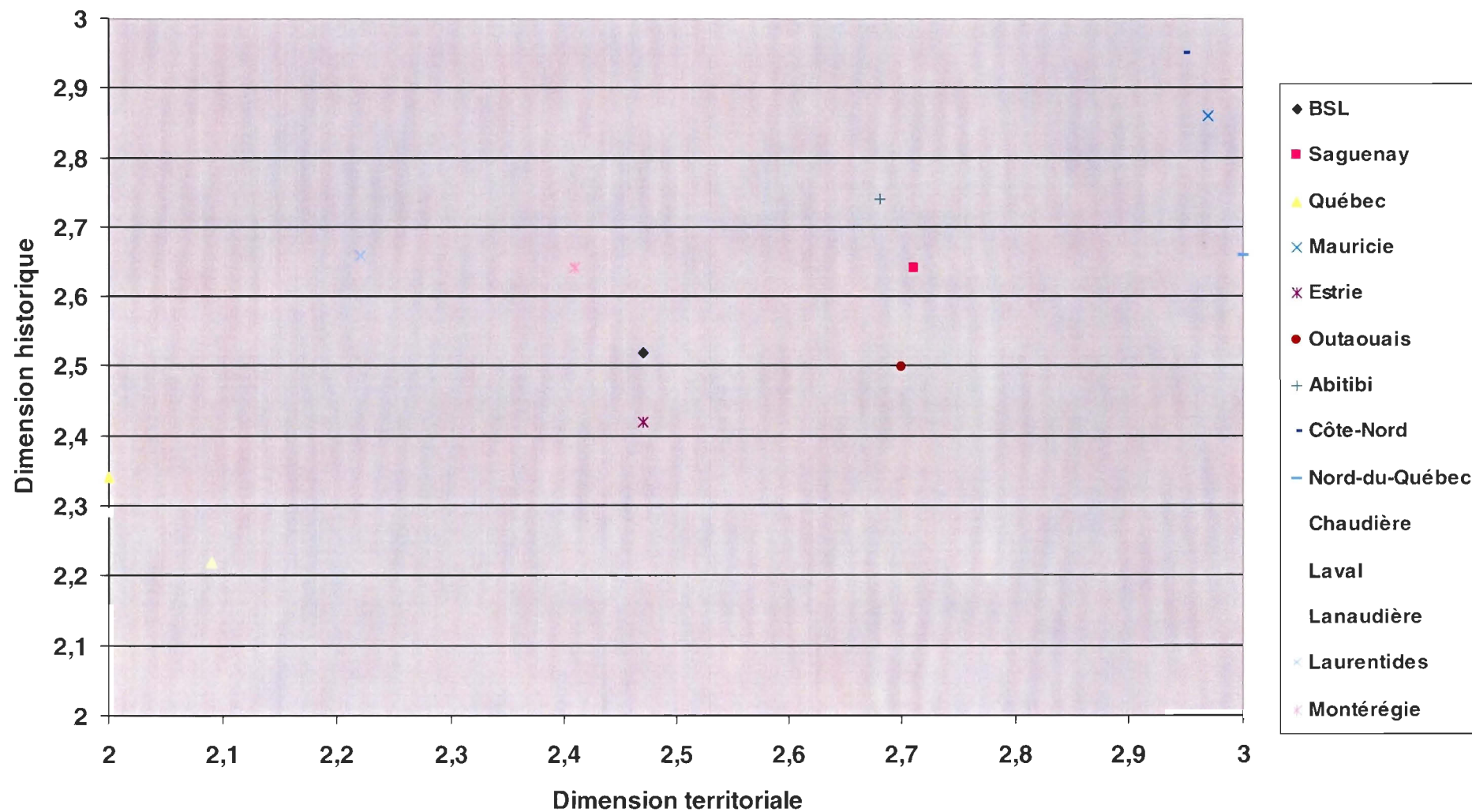
les affinités des personnes et des points de vue sur l'amélioration de la qualité de vie dans une communauté d'appartenance.

L'importance de garder en mémoire la finalité du modèle original, visant la réduction des inégalités face à la maladie, apparaît, par ailleurs, profondément ancrée dans l'imaginaire collectif. Ce qui pourrait témoigner, en continuation de l'époque de la Révolution tranquille, d'une représentation du développement social, singulière par rapport à l'ensemble du continent nord-américain. Nos données nous confirment bien que l'idée centrale de la responsabilité collective envers le soutien de l'amélioration de la santé et du bien-être de tous et chacun, ensemble, et sans discrimination, cimente toujours la société québécoise. Alors, comment expliquer l'absence de ce point de vue dans le discours officiel? Se pourrait-il que la majorité des Québécois n'aient pas conscience du sentiment d'insécurité ressenti par les communautés se considérant défavorisées par la concentration des effectifs? Ces communautés compteraient-elles sur l'efficacité d'un discours rassembleur autour du thème de la justice sociale en lieu et place de rébellions localisées, plus tapageuses? La suite de l'analyse nous amènera à identifier les bases consensuelles sur lesquelles un projet social durable pourrait être édifié.

L'articulation des composantes d'un appel à la solidarité générale demeure à modéliser par l'interprétation d'un discours localisé, comme nous avons pu le constater, au nord du territoire. Notre interprétation portera sur un corpus réduit à 120 mémoires. Les 14 mémoires en provenance du Saguenay – Lac-Saint-Jean; les 19 de l'Abitibi-Témiscamingue; les 5 du Nord-du-Québec; les 60 de la Mauricie; et les 22 de la Côte-Nord seront soumis à une analyse de discours.

Figure 3

Profil d'opposition au discours gouvernemental



CHAPITRE 4

L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nous abordons ici l'étape finale de l'analyse des résultats. Notre objectif consiste à mieux comprendre ce qui empêche les communautés régionales se considérant moins bien desservies par le réseau public de négocier de meilleures conditions d'accès aux soins. Nous avons questionné les représentations de l'appartenance à une histoire et à un territoire. Nous avons démontré que les discours sur la visée de santé diffèrent d'une région à l'autre à un point tel que des zones de marginalisation sont localisables géographiquement. Nous avons également démontré que le débat concernant la réforme ne place pas en opposition les groupes de professionnels et les regroupements communautaires. Leur participation à des audiences régionales leur a permis d'échanger sur leur marge de manœuvre dans l'amélioration de la qualité de vie des communautés auxquelles ils appartiennent. Ces échanges ont généré un discours social que nous tenterons d'interpréter en lien avec notre cadre de référence.

4. Des résultats inattendus

Nous avons détecté, dans les allocutions des regroupements collectifs œuvrant dans les districts les plus pauvres en infrastructures médicales, une inquiétude marquée en regard des années à venir, étant donné la vulnérabilité déjà préoccupante des services à proximité du domicile. Malgré les harangues parfois virulentes contre l'indifférence des décideurs à l'égard des particularités géographiques signalées, les auteurs expriment quand même de la confiance dans un projet national à redéfinir collectivement. Il importe d'examiner plus en détail ce discours social et y repérer des points de conciliation. Sur quelles bases consensuelles pourrait être édifié un projet social durable; et comment l'articulation des composantes à un éventuel consensus peut-elle être modélisée?

4.1 Ce qui divise : la disparité de l'accès aux services

Nous avons principalement observé dans le discours tenu par les répondants à la consultation régionale une frustration susceptible d'engendrer une césure dans le tissu social québécois. La disparité de l'accès aux services a été soulignée de façon plus percutante dans les régions où l'opposition au discours gouvernemental a été la plus ferme. Les trois aspects que ces populations décrivent comme irritants majeurs se rapportent aux situations vécues de pauvreté, d'éloignement géographique et de sous-financement des services sociaux, institutionnels et communautaires.

4.1.1 Inégalités d'ordre économique

Après avoir assumé une mission de consultation attentive à l'opinion publique en scrutant à fond les motifs d'acceptation ou de refus de ses « options », la Commission Clair aurait pu témoigner de la sensibilité des Québécois à la situation de pauvreté et de leur malaise face aux inégalités de toutes sortes que cette même pauvreté engendre. La méfiance générale manifestée à l'égard de la promotion des partenariats publics-privés applicables à la santé était prévisible. Peu de salariés se croient entièrement protégés contre l'appauvrissement : on ne peut se présumer à l'abri de la maladie aboutissant à la perte d'un emploi rémunéré convenablement. Les deux notions suivantes demeurent étroitement liées dans l'imaginaire collectif : la santé préserve des aléas de la pauvreté et la pauvreté fragilise l'équilibre physique et psychologique. Les statistiques du Ministère attestent cette corrélation entre conditions économiques et facteurs de longévité. On mentionne, à la page 20 du document d'accompagnement à la consultation *Santé au Québec : quelques indicateurs*, qu'« il existe des écarts importants entre les régions sur le plan de l'espérance de vie » et que « les personnes les plus défavorisées vivent en moyenne six années de moins que les personnes plus favorisées » (00-106-4F, p. 20) :

L'analyse de l'espérance de vie à la naissance révèle des écarts importants entre les régions sociosanitaires. Pour la période de 1993 à 1997, l'espérance de vie moyenne des hommes était de 74,5 ans pour l'ensemble du Québec. Les hommes du Nunavik ont

l'espérance de vie la plus faible au Québec (63,2 ans), soit 12,6 ans de moins que les hommes de la région de Laval qui ont la plus grande longévité (75,8 ans). [...] Les autres régions qui présentent les plus faibles espérances de vie chez les hommes sont l'Abitibi – Témiscamingue, le Saguenay – Lac-Saint-Jean et la Côte-Nord, mais avec en moyenne une seule année d'espérance de vie de moins que l'ensemble des Québécois.

Les populations concernées comprennent mieux cette réalité sociale que quiconque : *« Il est indiscutable que l'augmentation constante et continue de la pauvreté joue un rôle important dans la détérioration de la santé physique, sociale et psychologique d'un trop grand nombre de Québécois et Québécoises »* (08-19, p. 4). Forts de la conviction que la pauvreté et l'exclusion sont en cause dans le *« décalage marqué de l'accessibilité entre le citoyen riche et pauvre »* (04-02, p. 2), plusieurs organismes réclament *« que la lutte à la pauvreté soit au nombre des priorités à tous les niveaux : local, régional, provincial [...] »* (04-68, p. 8) et insistent sur la nécessité de *« tenir compte des particularités territoriales telles que la pauvreté [...] autant que l'éloignement des territoires »* (04-68, p. 5). Les Québécois sont nombreux à *« affirmer qu'un système de santé à deux vitesses est déjà installé [...] »* (04-02, p. 2). Pointant précisément les services déjà désassurés, plusieurs croient que *« de plus, ce n'est pas dans l'intérêt de la société québécoise de couper dans les emplois syndiqués pour offrir la précarité »* (08-14, p. 16).

4.1.2 Contraintes de nature géographique

Une autre option soumise à la consultation engendre une forte controverse. Il s'agit de l'organisation des services spécialisés sur une base régionale. Le désaccord souvent exprimé sur le principe de centralisation et de hiérarchisation des ressources médico-administratives est plus profond que la notion de « quelques réserves » mentionnée dans le Rapport Clair (2000, p. 273) ne le laisse supposer.

Cette logique est vivement contestée. Son application au territoire provincial se serait avérée néfaste au développement socioéconomique régional. La thèse de Charles Côté (1991) qui arrive à ce constat est corroborée par ses compatriotes du Lac-Saint-Jean et par divers groupes de professionnels de régions pareillement écartées dans le plan de développement des spécialités médicales (Côté et Larouche, 2000). La même logique, décentralisée administrativement au palier régional constituerait un risque prévisible de désorganisation accrue pour les régions moins centrales et moins peuplées (02-02, p. 13) :

Notre opinion est défavorable à ce sujet. Une telle mesure risquerait d'entraîner une concentration supplémentaire des spécialités dans les grands centres au détriment des régions et des milieux ruraux.

L'accès à des services superspécialisés se doit d'être possible pour l'ensemble de la population. Déjà, les spécialités sont trop concentrées à Montréal ou à Québec. La population de notre région doit trop souvent choisir entre s'expatrier pour recevoir des traitements essentiels à sa survie ou ne pas les recevoir du tout. Dans la situation régionale actuelle, les personnes âgées des milieux ruraux n'ont pas le soutien nécessaire lorsqu'ils doivent aller se faire soigner dans les grands centres de la région ou de la province. Offrir davantage de services de transport et d'hébergement est primordial.

D'un point de vue régional, l'édification virtuelle de « corridors de services » imaginée pour relier certains territoires dépourvus de l'équipement et du personnel spécialisés, s'est avérée peu efficace. Conséquemment, cette stratégie est perçue comme un détournement de la finalité du programme gouvernemental qui, selon la législation, vise un niveau de santé égal entre les catégories de personnes quelque soit le lieu de résidence. La contrainte d'accès aux soins spécialisés « en région » serait partiellement attribuable au modèle rudimentaire de prise de décision, de même qu'à la rigidité de sa mise en application par les décideurs (08-21, p. 14-16) :

Les volumes d'activités ainsi que les masses critiques ne sont pas les seuls critères qui doivent être considérés dans le regroupement des spécialités sur un territoire. Il existe une

relation de dépendance dans le fonctionnement des services cliniques et souvent entre une spécialité de base et une spécialité de deuxième ligne.

En chirurgie, par exemple, un volume de clientèle additionnel généré par les activités d'un service tel l'ophtalmologie ou l'orthopédie permet des masses critiques suffisantes pour justifier des effectifs plus nombreux comme en anesthésie, lesquels sont essentiels pour le fonctionnement de l'obstétrique en particulier.

Nous croyons que la répartition des spécialités dans un certain nombre d'établissements dans une région à faible densité de population favorise la complémentarité et le fonctionnement des services dans les spécialités de base. Un bénéfice associé à cette structure d'organisation réduit, d'autre part, le volume des déplacements totaux de la clientèle souffrant de pathologies multiples et devant obtenir des services de nombreuses spécialités quant (sic) elle peut avoir accès à un certain nombre d'entres (sic) elles sur place.

Un autre facteur non négligeable est celui du pouvoir d'attraction que constitue l'existence de certains services spécialisés dans un établissement, sur le recrutement des omnipraticiens en région. On connaît le haut taux de roulement de la main-d'œuvre médicale que subissent les régions éloignées. Ceci a pour conséquence que les effectifs en omnipratique en régions éloignées sont souvent au début de leur pratique professionnelle. La disponibilité de spécialistes sur place est un facteur sécurisant pour la pratique de la médecine familiale. []

Il faut donc éviter d'être rigide dans l'utilisation de critères d'organisation de services qui ne tiennent pas compte des réalités locales que sont les faibles densités de population et la dispersion des clientèles sur de vastes territoires, obligeant la multiplication des établissements de petite taille devant dispenser une gamme élaborée de services.

Les stratégies de recrutement de médecins sont un sujet de préoccupations pour les infirmières abitibiennes tout comme pour leurs consœurs en province. Elles déplorent que nombre d'établissements du réseau public doivent déboursier des

sommes faramineuses pour couvrir les frais de déplacement, d'hébergement et de subsistance des médecins *dépanneurs* : « *une somme d'argent qui aurait pu être investie en services directs à la population si un mécanisme de répartition des médecins plus efficace avait été mis en place* » (08-24, p. 17). Elles se demandent : « *combien coûte au réseau de la santé une maladie qui s'aggrave parce que le malade n'a pu être traité dans un délai raisonnable, faute d'effectifs médicaux?* » (08-24, p. 18). Enfin, elles s'interrogent sur les motifs justifiant la concentration des omnipraticiens dans les zones métropolitaines. Si le niveau de santé de ces populations en était amélioré, elles devraient proportionnellement consommer moins de services médicaux. Or, d'après les statistiques colligées par la Régie de l'Assurance-maladie du Québec, la logique marchande de l'offre et de la demande, lorsqu'appliquée aux services de santé, aboutirait à des résultats aberrants : « *c'est là où on retrouve le plus grand nombre de médecins per capita (sic) que le nombre d'actes médicaux posés par médecin est le plus élevé (données de la RAMQ, de 1991 à 1997)* ». (08-24, p. 11-12) :

Voici donc les propositions que nous faisons à votre commission :

- *Régionaliser les budgets de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec.*
- *Amener les médecins à rendre compte de leur pratique à une instance régionale plutôt que provinciale.*
- *Faire respecter intégralement les plans d'effectifs médicaux prévus à l'article 377, ce qui implique un suivi rigoureux de la part du ministère.*
- *Et enfin, augmenter le nombre d'admissions dans les facultés de médecine pour tenir compte du fait que les médecins consacrent moins d'heures à la pratique médicale qu'auparavant.*

4.1.3 Financement de la technologie médicale aux dépens des services sociaux

Les participants à la consultation furent nombreux à souligner que les aspects de la santé qui ne concourent pas spécifiquement à l'essor de la technologie médicale ont été graduellement mis au rancart. Certains d'entre eux faisant état de pessimisme sérieux quant à l'irréversibilité de ce mouvement (08-06, p. 8-10) :

[...] notre système de soins de santé se détériore en partie par la surabondance des moyens techniques alors que l'on aurait pu croire le contraire; ce progrès technique n'a pas permis de le maintenir dans toute son intégrité.

Le développement technologique met aujourd'hui tellement de pressions sur l'utilisation des ressources financières qui sont attribuées à la santé que ça se fait au détriment de l'accessibilité à des services de base. Le phénomène technique a profondément modifié nos valeurs et nous pousse maintenant à rechercher en toute chose la méthode absolument la plus efficace. Cependant, la situation actuelle de notre système de soins de santé nous montre bien que cette recherche de l'absolu a aussi ses limites.

[...] Dans ce contexte, nous ne pouvons nous empêcher de nous poser, et de vous poser, la question suivante : qu'arrive-t-il aux champs d'activités des soins de santé et des services sociaux où la principale ressource est la relation d'aide et le principal outil est la capacité de l'être humain à supporter des personnes vulnérables dans une démarche essentielle à leur équilibre?

[...] Nous croyons fondamentalement que nous sommes en train d'assister à une crise de valeurs beaucoup plus qu'à une crise financière.

Une bonne partie des salariés du secteur de la santé croient que sans la tendance, ces dernières années, à chercher des solutions exclusivement médicales à des problèmes psychiques et relationnels, le financement public du régime de l'assurance-maladie serait moins problématique. Ils disent savoir qu'une part importante de leurs impôts sert à financer le programme d'assurance-maladie; ils s'avouent conscients de ce que les contribuables ne pourraient être sollicités davantage sans amener une diminution

de leur pouvoir d'achat et sans risquer de porter atteinte aux initiatives entrepreneuriales locales et subséquemment au dynamisme de l'économie.

4.2 Ce qui unit : la fierté inspirée par l'Institution

Le texte du libellé de l'option de la Commission Clair proposant de confier à une équipe multidisciplinaire la pleine responsabilité clinique et financière des services de base sur un territoire de petite dimension ne pouvait rencontrer que des supporteurs. Lors de la création des centres locaux de services communautaires, l'État québécois s'était montré, durant les années 70, un des membres les plus novateurs de l'OMS. Il ressort de certains témoignages à la Commission, que c'est grâce à la notoriété de cette innovation que l'on doit le maintien des CLSC dans la structure en réseau des établissements à vocation complémentaire.

4.2.1 Concept original

L'implantation des CLSC, incluant la consolidation de leurs budgets d'opération, serait demeurée inachevée; cela à la suite d'un boycott orchestré par la Fédération des médecins omnipraticiens, selon ce que rapportent les employés. Aussi, l'accord donné à la mise en place d'équipes cliniques multidisciplinaires s'accompagne-t-il de réserves formelles. À la condition d'abord, que les omnipraticiens s'intègrent aux équipes existantes en CLSC pour éviter le risque de surmédicalisation des services psychosociaux. Ensuite, une révision du mode de rémunération des médecins pourrait être faite de façon à assurer à la population d'une MRC une disponibilité médicale en tout temps. Enfin, les travailleurs de la santé, ceux des services sociaux et des organismes communautaires croient qu'il serait temps de procéder à une réévaluation du partage des responsabilités entre les disciplines, notamment au recours à des infirmières cliniciennes et praticiennes. Ces propositions sont amenées comme autant de solutions à la continuité des services ainsi qu'à leur financement. L'option gouvernementale « le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble de services à la personne » ne fait pas l'unanimité. Le choix d'un coordonnateur désigné par les

membres d'une équipe multidisciplinaire est jugé mieux adaptable à la spécificité du territoire et plus respectueux de l'originalité québécoise de l'approche en santé.

4.2.2 Expertise québécoise

Les travailleurs sociaux, psychologues et diverses catégories de professionnels paramédicaux tiennent en haute estime la compétence acquise depuis la mise en place d'un réseau de santé dont la philosophie est orientée vers le mieux-être à la fois social et sanitaire. Cette double orientation représente un choix de société distincte dont ils sont fiers.

Un groupe rapporte que la mise en place d'un modèle novateur de coordination des services en santé mentale aurait inspiré une transformation des pratiques « partout dans le monde occidental ». Selon ce témoignage, l'orientation philosophique de l'approche québécoise favorisait l'instauration d'une synergie complexe entre les établissements et la communauté. Or, dans une région moins densément peuplée comme l'Abitibi, le plan organisationnel n'aurait que fort péniblement résisté aux préjudices causés par un cadre rigide de restructuration. Les professionnels œuvrant en établissements, de même que leurs collaborateurs des secteurs scolaires et du réseau des organismes communautaires, disent pressentir que l'oubli de l'objectif premier d'une institution vieille d'à peine un quart de siècle freinera le perfectionnement d'une expertise psychosociale exceptionnelle (08-24, p. 4-7) :

[...] Encore récemment, le gouvernement a injecté des fonds supplémentaires dans le réseau. Où a-t-on investi la majeure partie de cet argent neuf? Dans les centres hospitaliers ! De ce fait, on a laissé en plan une multitude de besoins fondamentaux de la population, notamment ceux d'ordre psychosocial.

Le gouvernement se comporte comme s'il ignorait l'objet même de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, objet décrit aux articles 1, 2 et 3. Pourtant, si le gouvernement orientait son action en se basant sur ces articles, une bonne

partie des problèmes que veut régler la commission seraient résolus.

D'ailleurs, pour ne pas oublier la finalité de notre système de santé et de services sociaux, il vaut peut-être la peine de prendre quelques instants pour relire l'article 1 :

Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

[...] Enfin, permettez-nous deux observations générales sur les options présentées par la Commission. D'une part, nous constatons que les options envisagées sont plus adaptées aux milieux urbains qu'aux régions périphériques ou éloignées. D'autre part, le Guide d'animation fait constamment référence aux questions de santé, mais ignore tout de la question psychosociale. Quel sens doit-on donner à cette discrétion?

4.2.3 Besoin de se distinguer à l'échelle internationale

Plusieurs organismes d'aide et de soutien aux personnes vulnérables affichent ouvertement le point de vue que certaines sociétés sont supérieures à d'autres, notamment celles dont les droits collectifs sont enchâssés dans un cadre institutionnel. Un organisme aborde ce thème dès la première phrase de son mémoire et le reprend de manière encore plus directe pour clore sa présentation (04-44, p. 1 et 9) :

Le financement du système de santé et des services sociaux doit être le poste budgétaire prioritaire d'une société évoluée comme la nôtre. La gamme des services offerts doit être consolidée et non réduite. Nous refusons la privatisation même partielle des soins. La discrimination par le revenu est inacceptable en santé et en services sociaux. Une population bien informée sera en accord avec ces principes.

[...] Le modèle américain de santé privée (sic) et individualiste ne correspond pas à nos valeurs québécoises qui sont beaucoup plus centrées sur la communauté.

Force nous est de constater que le modèle québécois d'organisation en réseaux reliés, tout comme de financement exclusivement public, est toujours un objet de fierté nationale et cela, malgré que la pérennité du système requière une contribution importante des citoyens. Cette idée est exprimée à plusieurs reprises par diverses catégories de gens venus de partout en province pour adresser un message non équivoque aux commissaires : « *La santé au Québec, c'est un droit. Comme peuple, on a déjà fait ce choix* » (08-14, p. 5).

L'analyse des représentations sociales a donné des résultats surprenants. Primo, le sentiment d'appartenance d'une communauté locale ne contrevient pas à l'affiliation à une nationalité civique. La nation québécoise n'est pas perçue dans l'imaginaire collectif comme une famille dispersée sur le territoire, mais comme un projet social dont les communautés territorialement distinctes sont partie prenante. Secundo, la diversité des communautés participantes ne représente pas un obstacle, mais un enrichissement à la condition que cette diversité soit valorisée dans les institutions nationales autant que dans la projection extérieure d'un modèle attrayant et dans la promotion internationale d'une nation digne de reconnaissance. Tertio, la pensée sociale la mieux articulée provient des régions nordiques, moins favorisées au plan économique, où l'accès aux services est difficile : un déchirement du tissu social entre le Nord et le Sud serait-il à craindre?

4.3 Une pensée sociale structurante

Un discours social émerge des populations nordiques. Il importe de le décrypter. Nous allons tenter de comprendre la spécificité de ce discours social en le scrutant à la lumière de notre cadre de référence. Comment s'articule dans leurs propos, le fait que ces communautés désirent réconcilier une autonomie plus manifeste avec un projet politique national, alors que c'est au palier national que se sont prises les décisions à retombées inévitables? Que signifie pour elles l'institution de la santé et du bien-être?

Continuons en référant toujours aux textes des cinq régions qui se sont démarquées par un pointage supérieur à 2,6 (Tableau XVII).

4.3.1 Portée inclusive de l'appel à la solidarité

Notre analyse du discours sur les conditions optimales favorisant l'amélioration du niveau de santé ne peut que reconnaître la vitalité, au Québec de l'an 2000, d'une pensée sociale résistante au courant néo-libéral. Nous avons pu constater, au sein de la population, une ouverture d'esprit à l'égard de la diversité. Cette diversité étant associée dans l'imaginaire collectif à la spécificité des manières d'habiter le territoire. Ce trait particulier ne conduit cependant pas à une réclusion régionaliste, mais se canalise dans un désir exprimé par les communautés les plus marginalisées par les politiques centralisatrices d'être reconnues comme distinctes, respectées comme telles et en droit d'être soutenues dans leurs revendications. Ces communautés réclament à l'État des politiques énergiques favorisant l'égalité tant au plan social (revenu et éducation) que sanitaire (soins primaires).

Moscovici a proposé une explication à ce type particulier de pensée sociale inclusive. Le théoricien souligne à cet égard (2002, p. 34) que l'auto-représentation collective peut suivre deux orientations possibles : soit le groupe est porté à se comparer aux autres et à s'organiser dans un esprit de compétition, soit le groupe est dédié à la patrie en tant qu'idéal à ce point noble, que ses membres sont prêts à consentir des sacrifices personnels envers cette cause. Dans le premier cas, le regard vers l'extérieur prévaut; le *out-group* se mobiliserait en réaction contre un concept hostile à son développement. Dans le second cas, le regard vers l'intérieur prédomine; le *in group* se mobiliserait par son autovalorisation. À l'appétit de croissance du premier groupe, se substituerait ici le besoin de reconnaissance des autres. Cette forme de pensée sociale caractérisant les groupes minoritaires, selon Moscovici (2002), serait exacerbée par un sentiment de fragilité proportionnel au degré d'isolement collectivement ressenti.

Nous avons en effet constaté lors de nos lectures, que les discours des groupes d'intervention œuvrant dans les localités les plus pauvres en infrastructures médicales, diagnostiques et thérapeutiques, révèlent qu'une plus grande vulnérabilité est appréhendée pour les années à venir. Dans la critique de l'indifférence des décideurs, par delà la colère de ceux qui se croient oubliés par le processus de réforme, n'y aurait-il pas lieu de comprendre, exprimé en filigrane, un désir profond d'inclusion dans un projet national où tous se reconnaissent?

Les petits enfants et la jeunesse seraient parmi les plus défavorablement affectés par le manque de ressources. Les familles éprouvées par la maladie, en particulier « *les femmes rebaptisées aidantes naturelles* » (04-33, p. 3) doivent absorber un fardeau supplémentaire de tâches. Elles se voient contraintes à assumer une plus large part de responsabilité sociale que la moyenne des citoyens. Aussi, les organismes de soutien aux familles se permettent-ils de rappeler aux élus l'importance d'une vision politique à long terme : « *N'oublions jamais qu'un enfant qu'on laisse souffrir, c'est un adulte qui souffrira demain...* » (04-31, p. 4).

La consultation populaire a dévoilé des informations précieuses, entre autres, sur la représentation du partage des responsabilités au sein de la famille. Une profonde transformation des mentalités s'est opérée en l'espace d'une seule génération de sorte que les femmes revendiquent aujourd'hui le choix délibéré de venir en aide à leurs proches en difficulté, à l'instar de tout citoyen sensible et responsable. En conséquence, une réforme qui leur attribuerait un fardeau social correspondant à leur *nature* serait fort mal accueillie. Plusieurs associations acheminent à l'État, par le biais de leur document, une sorte de mise en garde à cet effet. Une semblable mise en demeure s'adresse aux gouvernements concernant les coupures de services de santé dans les écoles. Une sensibilité sociale à l'égard de l'enfant, comme personne à part entière, fait maintenant partie de la conscience collective.

De sorte que, les populations s'attendent à ce que les changements institutionnels, à plus forte raison en santé, tiennent compte de cette prise de conscience sociale au lieu de la nier ou, ce qui serait pire, la défier. N'est-ce pas le mode de socialité qui devrait orienter la réforme et non pas la réforme orienter la conduite des citoyens? Voilà ce que la population semble bien vouloir signifier aux élus.

Un appel à la solidarité est donc lancé, lequel prend souvent la forme d'une invitation à promouvoir le sens civique de tous et de chacun et en particulier de médecins se comportant en « *enfants gâtés qui croient ne rien devoir à la société* » (08-02, p. 2). En vue d'une attitude plus responsable à développer envers la collectivité, les diverses catégories d'associations souhaitent que soit instaurée une imputabilité effective, c'est-à-dire moins dispersée dans les dédales administratifs (08-16, p. 1-4) :

Prenons l'expérience du milieu rural : nous avons déjà assisté à la fermeture des dispensaires du village, des cliniques privées, de l'hôpital de campagne. Les CLSC n'ont pratiquement plus la capacité d'intervenir en milieu rural. Est-ce la vision de société que le Québec contemporain s'est donnée? Y a-t-il une stratégie de fermeture des régions?

[...] Où sont les responsables de tant d'incurie dans la gestion des soins et des services médicaux? Quelles sont ces personnes qui se moquent de leurs concitoyennes et de leurs concitoyens au point de jouer au yoyo avec leur sérénité, leur sécurité, leur dignité et parfois leur vie?

[...] Nous exposons une bonne partie de la population à aggraver leur maladie, à éprouver de la détresse, de l'isolement ou de l'insécurité, à négliger les soins et la médication.

Loin des centres métropolitains, la stratégie d'une réforme « *mur-à-mur à l'échelle provinciale* » laquelle banaliserait « *l'obligation de tenir compte des besoins, dynamiques et particularités de chaque milieu* » est largement rejetée (04-26, p. 11).

Le discours régional souligne par ailleurs « *l'importance de responsabiliser localement et de favoriser l'imputabilité notamment en apportant réellement au niveau local la plus grande proportion possible et souhaitable des décisions organisationnelles et budgétaires, et en développant le sentiment d'appartenance ainsi que la concertation, notamment dans les milieux ruraux* » (04-26, p. 11). Les groupes de retraités réclament une approche politique plus positive du vieillissement, qui utiliserait les habiletés et les ressources de la population âgée : « *Il nous faut freiner et contrôler ce virage qui met l'accent sur la privatisation* » (04-02, p. 2).

Des textes comme celui qui suit ne laissent aucun doute quant à l'idéal social, au-dessus des intérêts corporatifs, qui animait les professionnels et autres catégories de travailleurs dans leurs propositions sur l'amélioration des services. (08-20, p. 3) :

À cet effet, disons tout de suite, que la base de notre réflexion se trouve dans les valeurs mêmes qui ont présidées (sic) à la création de notre système de santé et de bien-être, c'est à dire (sic) : l'universalité, la gratuité et l'accessibilité des solutions que nous mettons de l'avant comme société. Nous voulons une organisation de santé et de services sociaux qui vise une plus grande justice et égalité envers tous les membres de la société, basée sur des fondements solides : une redistribution juste et équitable de NOTRE richesse collective.

À la suite de notre analyse du discours social en provenance des cinq régions les plus sensibles au respect du principe d'accessibilité aux soins et services sociaux sans discrimination, aucune ambiguïté ne subsiste quant à la cohérence logique de l'argumentation. Une éthique sociale solidement ancrée dans l'imaginaire collectif sous-tend les demandes régionales, y compris « d'abord une répartition équitable entre les 18 régions sociosanitaires du Québec des budgets de la RAMQ » (04-48, annexe 2). De façon générale, les répondants souhaitent une réorganisation au terme de laquelle la population « *serait au centre des soins de santé et pourrait y jouer un rôle actif* » (18-13, p. 4).

4.3.2 Orientation vers un devenir collectif

La volonté soutenue d'une implication citoyenne dans tout processus de transformation institutionnelle, c'est ce que nous aurons découvert de plus substantiel et qui nous apparaît avoir été le moteur de la prise de parole régionale. Parmi les conditions tenues comme incontournables à l'exercice de la citoyenneté, figure la nécessité de débats élargis au cours desquels la capacité critique de la société civile peut être mise à l'épreuve. Il est jugé péremptoire de prévoir les espaces de délibération appropriés pour débattre publiquement des révisions de politiques capitales comme celles ayant trait aux problèmes de la santé et des services sociaux.

De façon générale, les organismes déplorent que « *ces consultations se fassent dans des délais qui ne respectent pas et ne reflètent pas l'importance du questionnement* » (08-18, p. 4) et croient que « [...] *le débat est déjà orienté* [...] » (04-49, p. 1). Des circonstances qui se sont avérées défavorables à un dialogue fécond : « [...] *nous sommes plutôt sceptiques par rapport à cette consultation [...] à la hâte, au retour de l'été* » (04-49, p. 1). Certains participants se sont même déclarés « [...] *outragés et choqués de constater qu'à travers la Commission "é-Clair", le Ministère de la Santé et des Services Sociaux et le gouvernement proposent seize (16) solutions dont la majorité sont incompréhensibles pour le commun des mortels* » (04-57, p. 3). Malgré le peu de temps alloué, certains groupes sont parvenus à formuler une évaluation exhaustive de l'aspect démocratique du processus de la réforme amorcée. Le texte suivant est particulièrement éloquent (04-26, p. 5-6) :

Si les objectifs de la Commission Clair sont bien déterminés, ses assises de travail sont plus nébuleuses. Elle demande des solutions à des problématiques soient (sic) non identifiées, imprécises, non validées par la population, et même discutables ou absentes. L'information présentée dans les documents d'accompagnement aux consultations n'est pas toujours objective, et offre des points de vue orientés selon un paradigme presque exclusivement budgétaire. Or, c'est en bonne partie cette vision qui est à l'origine des ratés de la dernière réforme.

En clair, tous ne s'entendent pas sur les problèmes et la manière de les aborder. S'il y a problématique, il faut d'abord franchir correctement cette étape avant de passer à celle de la recherche de solutions. Sinon, les solutions proposées risquent fort d'être soient (sic) inadéquates, soient (sic) insuffisantes.

Un des premiers éléments de solution serait de changer de paradigme, de modifier notre vision du système en l'analysant du point de vue du client, le citoyen et la citoyenne du Québec, plutôt que de celui du gouvernement, des gestionnaires, ou des médias. Car d'une façon ou d'une autre indirectement ou directement, que le mode de prestation des services soit public ou privé, c'est lui qui paye. Dans un système de santé publique, c'est de son point de vue que doit être déterminé ce qui est acceptable ou non, à la condition bien sûr qu'il ait la possibilité d'avoir toute l'information nécessaire pour faire ses choix, et la capacité réelle d'intervenir pour apporter les changements et améliorations requises.

Autrement, on aura (sic) qu'un simulacre de consultation, dans un exercice pseudo-démocratique (sic), pour un système de santé et services sociaux d'apparence public (sic). Mais avant même de tout chambarder pour essayer de réparer le gâchis fait avec notre système de santé ces derniers dix ou quinze ans, parce que la population n'accepte pas les entorses que l'État a réalisé (ou entend réaliser) sans son consentement aux règles de base de l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de son système de santé : un MORATOIRE doit être imposé à tout changement majeur au système de santé québécois afin de permettre la tenue d'un DÉBAT PUBLIC ET CONTRAIGNANT pour l'État du Québec, touchant L'ADHÉSION OU NON À CES PRINCIPES DE BASE ainsi que les STANDARDS MINIMUMS que ce système de santé doit rencontrer.*

Outre l'État, les administrateurs du système au niveau local et régional doivent revoir leurs façons de faire. Pour ce faire, il doit leur donner des moyens réels d'interventions et d'actions. Concernant spécifiquement les attentes de la Commission Clair, le Comité Nicolet-Yamaska répond NON À TOUTES LES OPTIONS PROPOSÉES POUR LE FINANCEMENT, pour les raisons ci-avant (sic) mentionnées notamment mais aussi pour bien d'autres, détaillées plus loin dans ce document.

Sur l'ORGANISATION DES SERVICES, les réponses positives et/ou négatives du Comité reflètent principalement la capacité des options proposées à améliorer à court terme la situation du système de santé ainsi que l'équité dans la disponibilité et l'accessibilité ses (sic) services pour la population de toutes les régions du Québec.

- *Action de gâcher, de perdre, par une mauvaise utilisation, une mauvaise organisation; désordre, gaspillage qui en résulte.*

Certains répondants, réunis dans des groupes de discussion, ont questionné la légitimité d'une réforme majeure sans véritable débat de société. D'importantes entorses auraient déjà été faites aux « *principes de base auxquels toute la population a adhéré* » (04-26, p. 9). Ils considèrent que la première question à poser et qui actualiserait le mandat de consultation serait : « *Adhérons-nous toujours, dans leur totalité, aux règles édictées de l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de notre système de santé?* » (04-26, p. 9). Ils craignent que « *répondre oui à plusieurs des options proposées aurait pour conséquence une acceptation tacite d'un état de faits imposés [...]* » (04-26, p. 9). « *Déterminons donc d'abord si ces principes sont toujours les nôtres [...]. C'est par la suite seulement que doivent se poser les questions de la réingénierie (sic) d'ordre budgétaire et organisationnel.* » (04-26, p. 10).

De nombreux textes révèlent que les Québécois seraient prêts à réviser le contrat social qui les relie et qui, concernant la solidarité sociale face au risque de maladie, demeure pleinement significatif. En voici un témoignage (08-15, p. 25-26) :

[...] Accueillir ce virage de la promotion prévention, adopter ce virage ambulatoire, effectuer ce virage vers des ressources plus légères plus près des milieux de vie naturels exigeaient plusieurs conditions : des comportements adaptés aux temps nouveaux, des compétences tenues à jour, un intérêt et une bonne sensibilité aux besoins de la population que nous avons la responsabilité de desservir, notamment les personnes les plus vulnérables.

Pour les personnes participant à nos tables sectorielles, cette foi dans l'avenir reposait sur la certitude profonde que les établissements, les organismes communautaires et sectoriels sont un véritable système vivant dont la composante principale est l'humain : son intelligence, sa créativité, sa force intérieure et sa capacité de transformer des problèmes en défis et des contraintes en stratégies.

[...] En s'ouvrant sur ces voies d'avenir les acteurs, de cette structure de réseau intégré, sont conscients qu'ils devront constamment rechercher des voies nouvelles pour mieux adapter les services de santé et les services sociaux pour l'ensemble de la population, plutôt qu'aux grands principes fort respectables d'intégration ou de fusion d'établissements, dont, selon nous, l'exécution serait lourde de conséquences pour la MRC Rouyn – Noranda.

Ainsi cette forme de pouvoir local sur la santé et le bien-être, c'est d'abord et avant tout une "démocratie" à construire à la base entre les principaux acteurs et la population d'un territoire de CLSC, d'une MRC; un prérequis à un véritable pouvoir régional exercer (sic) par le Conseil d'administration d'une régie régionale. La démocratie, il faut se le rappeler, c'est le droit de tous et chacun d'avoir son mot à dire dans la construction de son environnement, de son projet de société, de son régime de services de santé et de services sociaux. Ce droit d'avoir son mot à dire, c'est au niveau local qu'il est le plus facile de l'exercer, c'est là surtout qu'il faut le gagner, le consolider.

En définitive, notre étude fait ressortir, parmi d'autres particularités du discours régional, une représentation du social moins déterministe que celle qui transpire des documents officiels. La population québécoise ne croit pas que des forces macroéconomiques contraindront les pays à se conformer à leur logique. Le discours régional se démarque, en outre, de la posture technocrate qui imprégnait d'un ton défaitiste le matériel d'accompagnement. La population en général aura jugé exagéré ce pessimisme. Pour la moyenne des gens ordinaires, « à l'aube de ce troisième millénaire tout est possible... » (08-08, p. 6).

C'est vraisemblablement à partir d'une représentation davantage constructiviste de la vie en société que les communautés locales affirment vouloir bâtir ensemble une société plus saine. Ils vont jusqu'à évoquer l'idée d'une « *révolution tranquille inachevée* » (02-04, p. 22) :

*Vous êtes bien placée Madame la Ministre, membre d'une formation qui se prétend « social-démocrate » pour savoir à quel point la Révolution tranquille a changé notre vie individuelle et collective. Ce fut la démarche de tout un peuple pour sortir non seulement de la "grande noirceur", mais aussi de la charité privée et de la rapacité des compagnies d'assurance d'antan (dont celles d'aujourd'hui ne sont que les clones) (sic) et pour se doter au début des années soixante d'un système de santé et d'éducation public, accessible, gratuit, universel. Cela reste toujours vrai. Pourquoi revenir en arrière? C'est parce que nous étions en "arrière" que la révolution tranquille a été rendue nécessaire. Comme le rappelle si justement Fernand Dumont, [...]. On s'en souvient : la Révolution tranquille n'était pas seulement inspirée par les principes de la rationalité technocratique : **elle était animée par un incontestable désir de justice sociale**. Mais elle n'est pas complétée. Le sentiment d'impuissance actuellement dominant laisse percer un embarras préalable qui concerne le travail commencé avec la Révolution tranquille et qui n'est pas achevé. [...] On voulait en ces années-là donner un nouveau sens à la vie commune [...] basé sur [...] deux postulats essentiels : que la société ne se réduit pas aux échanges sur des marchés ni à la division du travail; qu'elle est un partage d'idéaux qui donnent au plus grand nombre le sentiment de participer à l'édification de la Cité. (Dumont, 1995)(sic). Le démantèlement progressif de nos biens publics ne va pas exactement dans ce sens!*

Le discours régional ne se limite pas à dénoncer le peu de démocratie dans le processus de révision des politiques sociales; il est critique surtout à l'égard du modèle provincial dont l'application territoriale, sans ajustements appropriés, aboutit à des résultats aberrants.

Le corpus de textes soumis à notre analyse de discours foisonne de descriptions de cas où « *la réforme initiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est soldée par de nombreux bouleversements organisationnels* » (10-01, p. 5). Le Nord-du-Québec aurait été sensiblement affecté en raison de conditions déjà difficiles concernant « *la rétention et le recrutement des effectifs, les particularités territoriales et démographiques de la région de même que certains coûts associés à la nordicité* » (10-01, p. 6).

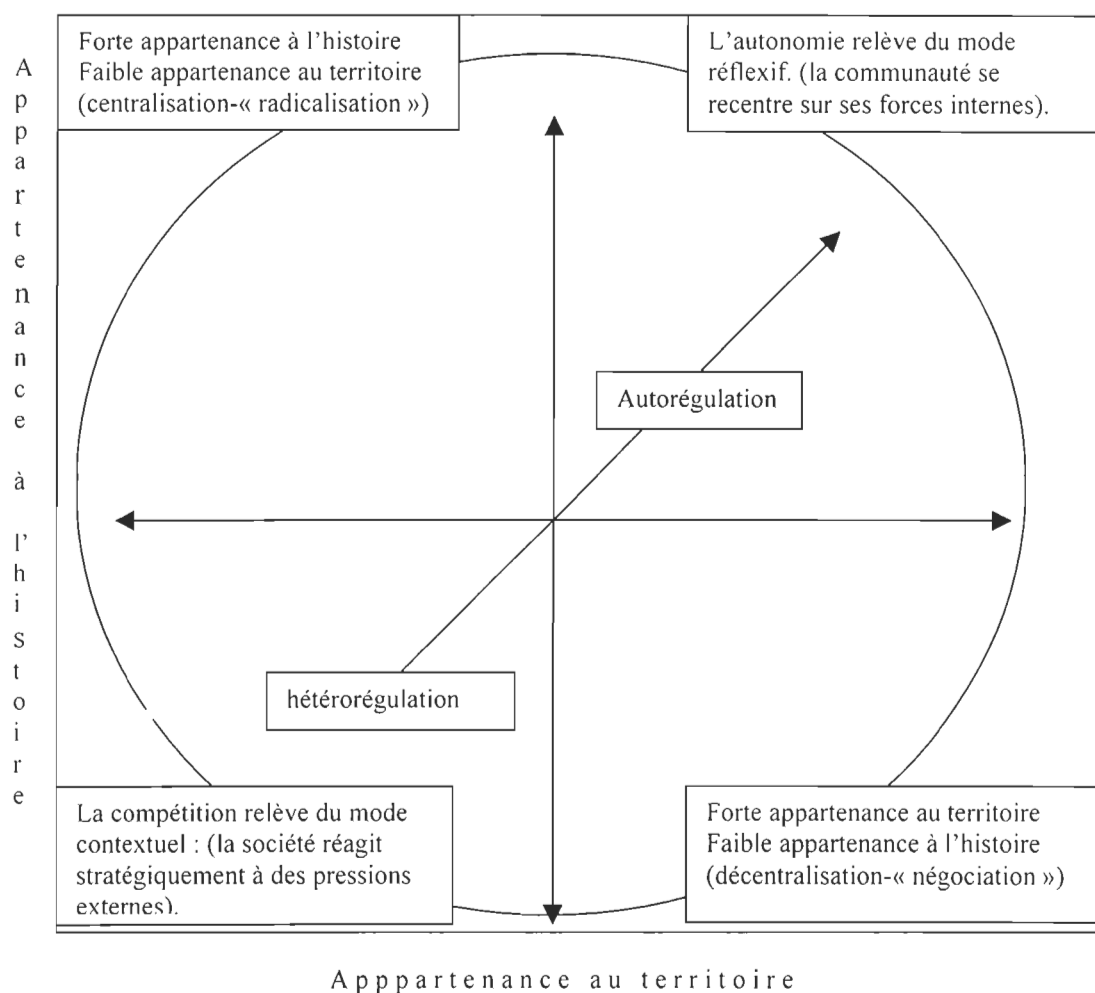
Voici un exemple que nous avons retenu pour démontrer l'aptitude des citoyens à préciser leurs attentes de façon concrète (04-22, p. 20) :

À moins de viser un démantèlement de l'état (sic), il est impensable que le gouvernement abandonne sa responsabilité de garantir un accès équitable à des services à domicile. Il doit investir massivement aux différents niveaux de l'organisation des services décrits ci-dessus : CLSC, entreprises d'économie sociale, organismes communautaires et soutien aux "aidantes".

Nous sommes en mesure de soutenir que l'esprit critique dont la société civile a fait preuve ne peut être interprété simplement comme un manque de réalisme face au défi de maintenir en vigueur le régime public d'assurance-maladie du Québec. Nous pensons être également en mesure de soutenir que les auteurs collectifs se sont appuyés sur des raisons d'appartenance sans quoi ils n'auraient pu que difficilement se projeter vers l'avenir. C'est en se référant au projet de réforme des années soixante que les citoyens prenaient conscience de leurs allégeances, de leurs affinités électives. Dans la mesure où ils se sont imposé le travail d'écriture, malgré les courts délais imposés, consistant à **se situer à l'intérieur d'une histoire et d'un territoire**, ils ont pu manifester leur crainte de la désintégration de leur milieu de vie. Ce que Arendt (1983) compare à un « déracinement ». L'analyse historico-sociale de Gérard Bouchard (2003), accordant une importance capitale au mythe historique comme facteur d'intégration identitaire, s'avère pertinente à l'analyse de l'impact d'une réforme du système de santé sur la cohésion sociale des Québécois.

Le discours d'affirmation régionale, qui s'est traduit par les requêtes d'autorégulation provenant des zones d'accessibilité réduite aux services de santé, s'est distancié de l'argumentation trop exclusivement basée sur le contexte économique mondial. Le positionnement des communautés les plus résistantes à ce discours gouvernemental pourrait être modélisé en y intégrant la typologie de Bouchard, tel que nous l'esquissons dans le schéma ci-dessous :

Figure 4
Dynamique de la régionalisation « négociée »



L'hémisphère gauche de la Figure 3 illustre l'attitude réactive à une mondialisation perçue comme contraignante. Une forte propension à protéger une culture minoritaire tendrait à évoluer vers un profil relationnel de type *in group*. Le climat d'insécurité favoriserait le contrôle social par une élite au pouvoir et une tendance à la « radicalisation ». Gérard Bouchard (2003) décrit ce phénomène en donnant pour exemple l'effort de « modernisation » à l'époque de la Révolution tranquille, au Québec des années soixante.

Le quadrant supérieur gauche représente ce qui rallie encore ceux qui se considèrent comme les descendants des bâtisseurs de l'institution de la santé : une histoire commune. D'un point de vue gestionnaire, l'institutionnalisation du système de santé s'est développée dans une dynamique de concentration du pouvoir qui a atteint son apogée avec l'institution des professions de la santé. L'autonomie première appartiendrait aux producteurs de soins dans ce système qui a évolué en engendrant des inégalités territoriales.

Le quadrant inférieur gauche correspond à la posture inconfortable des gouvernants, coincés par l'augmentation des coûts résultant en partie de la modernisation de la technologie médicale et en partie de l'augmentation des problèmes sociaux relatifs à l'exclusion et qui engendre de la maladie. Ajoutons au tableau, les contraintes d'un impérialisme économique qui viennent réduire la marge de manœuvre des États-nations. La pérennité du programme de l'assurance-maladie au Québec paraît s'engouffrer dans une impasse, lorsque considérée dans une dynamique essentiellement de type *out group*.

L'hémisphère droit illustre une ouverture au renouvellement du pacte social. Le quadrant inférieur droit représente la dissension de citoyens dénonçant l'accessibilité « différenciée » (01-63, p. X) aux soins. La démonstration des inégalités territoriales sert d'argument à une renégociation du partage des ressources. Le quadrant supérieur

droit correspondrait à l'ambivalence, que Bouchard associe à une socialité « équivoque ».

D'après la thèse de Gérard Bouchard (2003), l'idéologie de la colonisation qui a présidé à l'ouverture des régions a échoué dans son objectif de développement territorial intégré. Le discours serait demeuré, durant plusieurs décennies, au stade de la pensée équivoque entretenant l'ambiguïté entre tradition et modernité. Jusqu'à ce que le discours d'une élite parvenue au pouvoir s'impose sous une forme « radicale », uniformisante. Cet aboutissement, auquel l'imaginaire collectif réfère comme à une Révolution tranquille, mettait fin à une longue période de remise en question. L'imaginaire québécois traverserait à nouveau une phase transitoire qui pourrait, cette fois-ci, être propice à l'« essor de la pensée médiatisée » à l'issue d'une négociation respectueuse de la diversité. Aussi longtemps que perdure la situation « équivoque », les efforts de transformation sociale demeurent entravés, les citoyens n'arrivant pas à s'entendre sur ce qui représenterait le bien commun dans une société « médiatisée, négociée ». Dans une telle impasse, selon l'historien Bouchard, il arrive que l'élite intellectuelle se scinde en deux camps idéologiques divergents, chaque groupe se cantonnant dans une rationalité imperméable à l'autre. La radicalisation demeure toujours autant probable.

Bon nombre d'analyses comparatives des politiques de santé, dont celle de Bruno Palier (2004), présentent l'administration des soins comme un dilemme entre les valeurs de liberté et d'égalité. Nous retrouvons chez Palier une approche semblable à celle de Mario Polèse, analyste du développement régional, pour qui « les politiques redistributives n'ont plus leur place », car, « on ne peut vouloir à la fois l'autonomie et la redistribution » (1996, p. 331-333). Les analystes des programmes sociaux semblent actuellement confrontés à la difficulté de parvenir à une conciliation conceptuelle des principes organisateurs de la vie en commun, qui serait socialement acceptable.

4.3.3 Caractère autonomiste de la pensée sociale

Le désir d'autonomie fait partie de ces enjeux. Les demandes répétées de régionalisation des budgets nous le confirment. Les mentions se référant à une quête de reconnaissance du droit à l'autogestion, amenées par des groupes de soutien et d'interventions locales, sur la base de leur mission spécifique, reviennent de façon récurrente dans le discours social. Nous constatons que les organismes communautaires de toute la province ont parlé d'une seule voix, à l'été 2000, en faveur du respect dû au statut autonome de leur organisme respectif, imputable prioritairement à la communauté qui l'a créé. Ils ont par surcroît donné un appui inconditionnel aux requêtes d'une plus grande marge de manœuvre, au niveau régional, de l'administration des services sociaux et de santé. Les regroupements de femmes, entre autres, se sont affichés comme d'ardents défenseurs du principe d'autonomie (08-18, p. 5) :

Premièrement, nous tenons à noter l'importance de la décentralisation des priorités en matière de santé et de services sociaux. En effet, par principe d'auto-détermination (sic), il est logique que les actions soient orientées selon les priorités que la région se donne pour développer un tissu social sain. La Régie Régionale joue donc un rôle majeur et nous tenons à maintenir cette instance plutôt que de la voir se transformer en une direction régionale qui applique les directives émanant du ministère. Elle est un lieu de pouvoir accessible pour la population. Par contre, il faut donner les moyens aux régies et à la population d'arriver à des consensus régionaux.

Dans notre schéma de la régionalisation négociée (Figure 3), la flèche **hétérorégulation-autorégulation** sert à illustrer la dynamique d'autonomie. Cette percée ne peut s'accomplir autrement que dans l'incertitude (quadrant supérieur droit); le climat social que Bouchard (2003) interprète justement comme celui du doute, de l'indécision et du jugement hésitant propre aux « sociétés équivoques ».

La situation est décrite par l'historien comme une étape intermédiaire oscillant entre l'assujettissement aux idées et représentations d'une élite dirigeante, d'une part, et, d'autre part, la négociation entre les parties prenantes au pouvoir. Or, les plus vulnérables de la société ne sont-ils pas plus à risque d'être écrasés dans le cas d'un virage vers l'une ou l'autre de ces alternatives, un virage qui semble, d'après Bouchard, inévitable? Notre étude a mis en relief des zones de vulnérabilité induites par la mise en place d'un système central de distribution des soins. Dans cinq régions, des communautés ont témoigné de situations d'exclusion d'un partage des ressources qui leur paraissait incompatible avec leur représentation d'une collectivité en santé.

Bien que géographiquement délimité, le phénomène n'était pas à confondre avec un régionalisme susceptible de s'estomper sous l'effet des technologies de communication. Nos indices de régionalisation révélaient une égale importance du sentiment d'appartenance à une histoire nationale que celle de l'esprit de solidarité communautaire à l'œuvre sur un territoire restreint. Mais il y a plus que cela. Nous avons été amenée à admettre, devant la prise de parole citoyenne, que « l'être régional », terme que nous empruntons à Bailly (1992), ne saurait être réductible à ces deux dimensions. Les relations avec les proches s'avèrent certes fondamentales, peu importe si les affinités électives accentuent les allégeances à une communauté territoriale ou à une communauté d'idées. Concernant cette dernière catégorie, nous avons constaté, rappelons-le, que le corporatisme, chez les intervenants sociaux et de santé, revêt peu d'importance comparé au désir de fidélité à l'histoire nationale. Ce qui ressort de notre étude avec évidence, c'est que la **régionalité** s'exprime autant, sinon plus, par le maintien, bien enraciné dans une communauté historique, d'un rapport à soi réflexif comportant un dosage optimal de résistance. Il ressort également que cette résistance régionale coïncide avec le souhait d'une plus grande autonomie, dans une dynamique dont l'articulation ne se laisse pas facilement discerner.

En participant à la consultation de l'an 2000, les populations ne se doutaient pas que les requêtes en faveur d'une plus grande autonomie régionale leur seraient refusées. Peu nombreux sont ceux qui sont même aujourd'hui en mesure de le réaliser, puisque le Projet de loi 25, instituant les agences de réseaux régionaux de services sociaux et de santé fut adopté sous bâillon quelques jours avant le congé de Noël 2003.

Les textes conservent toujours leur signification initiale. Nous sommes en présence d'une prise de parole qui demeure à interpréter comme une histoire sur le thème de la santé dans laquelle les narrateurs prennent sur eux le devoir d'exprimer le désarroi de communautés en manque de moyens et en même temps l'espoir pour elles d'être entendues et soutenues dans l'amélioration de leur sort. Nous y reconnaissons les trois moments de l'éthique de Paul Ricœur : « la visée de la "vie bonne" avec et pour autrui dans des institutions justes » (1990a, p. 202).

En réduisant notre modèle de classement des mémoires à deux dimensions, nous avons simplifié le modèle tridimensionnel de l'agir social que proposait Ricœur (1990b, p. 116). La définition de la santé proposée dans notre cadre conceptuel intégrait dans le système de représentations temporelles l'aspect de « souhait d'une vie accomplie » et celui d'une « institution juste ». La notion d'affinités électives devait servir à circonscrire la localisation spatiale des systèmes d'adhésion ou des réseaux d'allégeance dans l'action sociale organisée « avec et pour autrui ». Or, les trois moments de la participation à un « éthos » seraient, d'après le philosophe, irréductibles l'un à l'autre. C'est par une éthique sociale que peut s'agencer le jeu des divergences et des convergences en matière d'autonomie. Nous inspirant du modèle tridimensionnel de Ricœur, nous dégageons trois types d'autonomie : celle des personnes, dont les privilèges peuvent être prolongés à des personnes morales, l'autonomie des réseaux de solidarité, protégée par la liberté d'association, et celle de communautés historiques, garantie par ses institutions (Figure 4).

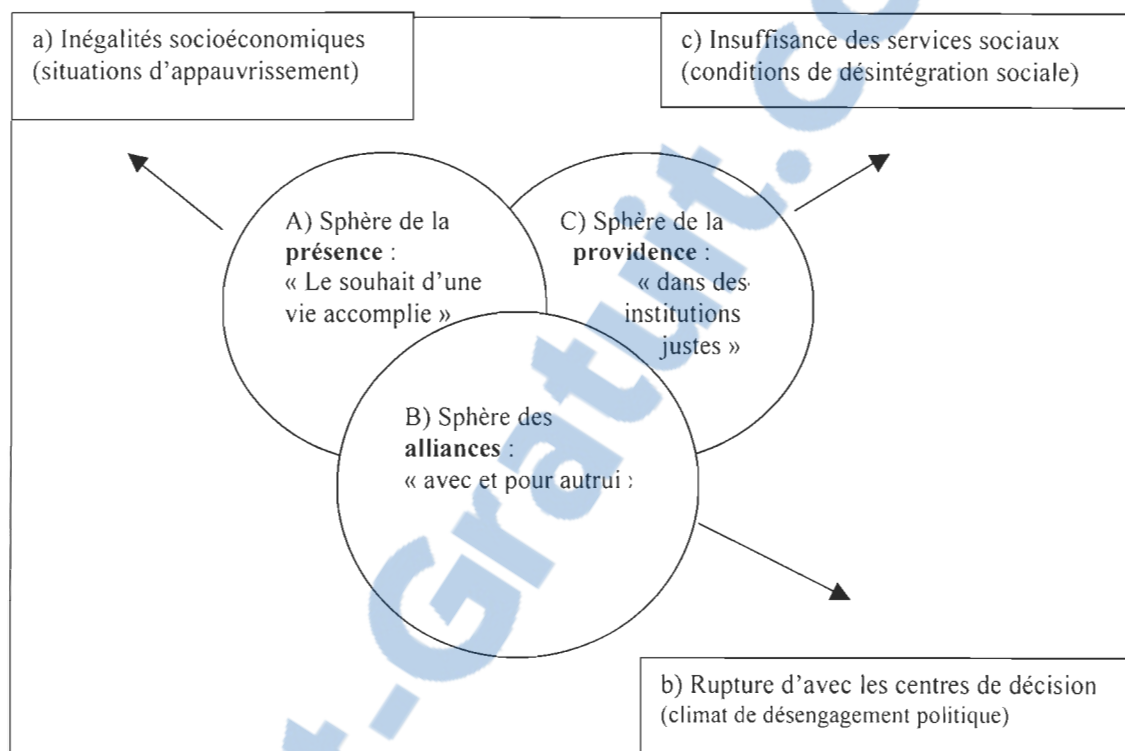
L'articulation des autonomies, à modéliser dans la perspective théorique de l'action sociale, impliquerait les trois sphères de la vie sociale. Nous nous permettons de les renommer en proposant une terminologie qui fait image, sans déroger pour autant de notre cadre conceptuel :

A) La sphère de la **présence** : Le terme nous est inspiré par Heidegger (1986), pour qui le *Dasein* signifie – me voilà – et se manifeste comme une entrée en présence au monde. Avec les mots de Ricœur, nous inscrivons dans cette sphère : « le souhait d'une vie accomplie », incluant tous les aspects du développement.

B) La sphère des **alliances** : Nous empruntons ce terme à Lemieux (2001), pour qui les influences sur les modifications aux politiques publiques sont une réalité tangible et explicable scientifiquement dans une théorisation du concept de pouvoir. Nous y situons la dimension « avec et pour autrui ». Dans la pensée de Ricœur, ce qui relie les uns aux autres dans la participation sociale relève du serment et de la promesse. Les allégeances ne sont pas fortuites, mais choisies, endossées, voire élues parmi d'autres. Ce que nous avons préalablement à notre étude, désigné par le concept des **affinités électives**.

C) La sphère de la **providence** : Associé à l'État-providence, dans l'imaginaire collectif, le mot a été banni du vocabulaire des répondants à la consultation. Nous savons que la préoccupation face à la pérennité du programme d'assurance maladie public et universel fut néanmoins splendidement exprimée par tous les répondants. Nous avons relevé une même origine latine pour les noms – provision – et – prévoyance –, soit le verbe *providere* signifiant prévoir. Nous souhaitons restituer sa signification première au terme – providence – : prévoir des provisions à redistribuer à ceux qui se retrouvent en difficulté de se développer dans leur milieu de vie.

Figure 5
Conciliation des aspirations à l'autonomie



La visée de la santé se modulerait ainsi, selon notre interprétation des textes :

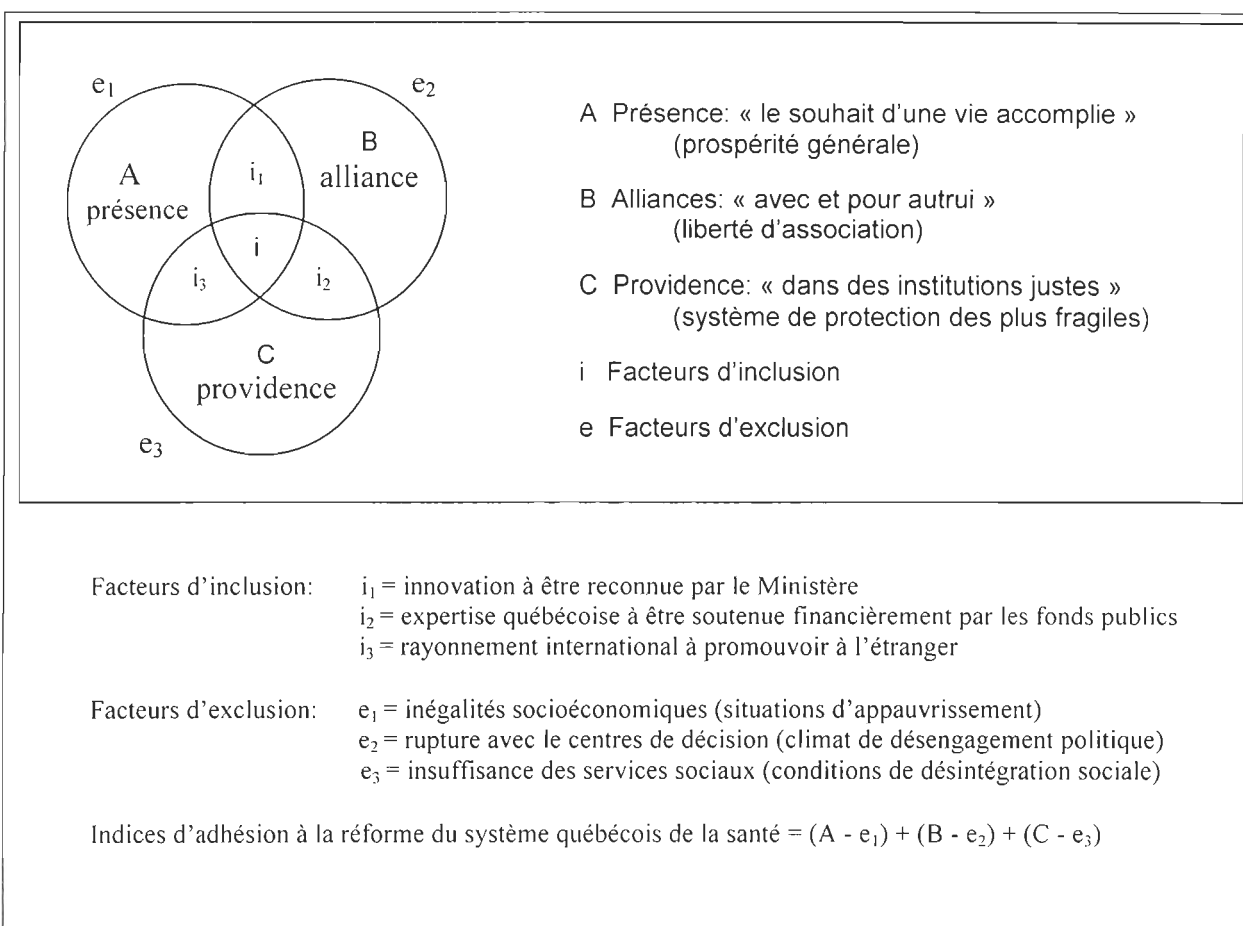
A) Les communautés en santé jouissent d'une **présence** au monde qui offre des conditions économiques intéressantes au plan de l'accomplissement personnel.

B) Les communautés en santé sont en mesure de contracter des **alliances** entre elles et d'autres, avec lesquelles elles auront développé des affinités électives, sur la base de leur similarité ou de leur complémentarité.

C) Les communautés en santé disposent des moyens de **mettre en réserve des provisions** à utiliser au – prendre soin – des plus vulnérables, assumant ainsi une responsabilité de type **providence** envers leurs membres.

Pauvreté, désengagement et désintégration sociale ont été identifiés à l'été 2000 comme des facteurs d'exclusion du – vivre-ensemble – en santé nous permettant de concevoir un modèle tridimensionnel d'actualisation de la réforme.

Figure 6
Modèle tridimensionnel des représentations d'un Québec en santé



Le modèle se fonde sur la théorie de l'action sociale telle que reformulée par Paul Ricœur. Il introduit la notion de facteurs d'inclusion et d'exclusion intrinsèques au sentiment d'appartenance à une communauté en santé. Ces facteurs, variables qui se modulent sur les représentations sociales, conditionnent systématiquement l'adhésion à un projet de réforme. Le modèle souligne le caractère tridimensionnel de l'action politique : la prospérité générale, la liberté associative de même que la protection institutionnelle des plus fragiles. Chacune des trois sphères, indissociable des deux autres, demeure une composante essentielle à l'acceptabilité d'une politique.

Tableau XVIII

**Résultats d'une étude sur la dynamique de transformation sociale
à partir des représentations collectives d'une société québécoise en santé**

<p>Problématique : La commission Clair, créée pour animer des audiences publiques sur des propositions d'amendements au modèle d'organisation et de financement des services sociaux et de santé, a recommandé que le Ministère et les Régies régionales « reconnaissent le principe de hiérarchisation des services médicaux comme l'un des fondements du système de santé québécois » (2000, p. S.XII; P-25).</p>	<p>Prise de parole des collectifs régionaux en réponse aux options gouvernementales de modification au système de santé : les populations régionales ont réagi par un contre-discours.</p>
<p>Question de recherche : Nous souhaitons savoir si la hiérarchisation territoriale qui découle de la hiérarchisation des services médicaux correspond à la vision des communautés régionales; ou si elle leur est imposée par une élite dirigeante.</p>	<p>Analyse d'un débat sur le – vivre ensemble en santé – : les débats mettent en opposition une vision technocrate de territoires à gérer et une vision sociale de territoires à habiter.</p>
<p>Construction de la thèse : La conscience territoriale et historique des communautés se situe au centre de notre question de recherche.</p>	<p>Le classement des mémoires, selon cette perspective, a permis d'apporter des réponses aux questions de recherche.</p>
<p>Q₁ : Est-ce que le discours concernant la visée de santé diffère d'une région à l'autre?</p>	<p>R₁ : L'analyse a permis d'illustrer des différences régionales et de localiser géographiquement des zones de marginalisation.</p>
<p>Q₂ : Comment se profilent les divergences pouvant mettre en péril la cohésion sociale?</p>	<p>R₂ : La cohésion sociale, nécessaire à l'acceptation de la réforme, n'est pas menacée par le corporatisme, mais par l'abandon progressif de la visée sociale du MSSS. Cinq régions, toutes situées au nord du fleuve, s'y objectent fermement.</p>
<p>Q₃ : Sur quelles bases consensuelles un projet social durable pourrait-il être édifié? Comment s'articule le désir de participer à l'autogestion d'un Québec en santé en termes d'unité nationale et de diversité régionale?</p>	<p>R₃ : Les populations régionales ont proposé une réorientation de la politique de santé qui leur permette d'agir localement :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sur la situation d'appauvrissement, b) sur le climat de désengagement politique, c) sur les conditions de désintégration sociale.

CONCLUSION

L'analyse d'un discours révèle toujours un peu de ce que son auteur transmet de la représentation qu'il se fait de lui-même, quel que soit le thème de son énoncé. Lorsque toute une population est consultée par la plus haute autorité politique sur un sujet qui touche ses valeurs profondes, elle réaffirme son appartenance à un système de raisons communes de vivre ensemble. C'est sous cet angle de l'autoreprésentation collective que nous avons choisi d'aborder la problématique de l'accès aux soins et les possibilités de régionalisation des ressources médicales, consécutivement aux travaux de la Commission Clair sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux.

Documentation de regards croisés sur la société québécoise

L'événement d'un débat sur la santé convenait, par sa pertinence sociale et scientifique, à l'exploration des tensions entre l'unité nationale et la diversité régionale exprimées lors d'une consultation publique. Il s'agissait d'examiner comment la population a réagi au diagnostic gouvernemental posé sur la pérennité du programme de l'assurance-maladie. Le texte officiel présentait ceci de particulier qu'il remettait en question l'accessibilité universelle et gratuite aux services dans l'optique d'un contexte économique et démographique qui ne laissait que peu de choix aux contribuables. L'autonomie des corporations professionnelles, des conseils d'administration et des organismes communautaires était remise en question par des conditions extérieures à leur mission respective.

L'étude apporte de l'information nouvelle sur l'acceptation de la réforme telle que présentée par le Ministère. L'incitation à ralentir la progression des coûts de l'offre des services de santé n'a pas reçu l'assentiment général de la population. Les arguments économiques basés sur la fragilisation des finances publiques dans le

contexte de la mondialisation n'ont pas trouvé l'écho souhaité. L'argumentation basée sur le vieillissement de la population a été perçue dans le secteur de l'économie sociale comme incompatible avec la mobilisation contre la pauvreté. Les autorités politiques ont dressé un portrait de la situation québécoise dans lequel les populations régionales ne se sont pas reconnues.

Ceux qui ont répondu à la consultation avaient adhéré au mouvement idéologique qui a balayé le Québec au début des années soixante-dix. Le concept de santé communautaire avait inspiré un système original d'organisation des services. La visée de santé englobait la qualité de l'environnement physique et social de même que l'acquisition des saines habitudes de vie. Cette approche sociocommunautaire, plus globale, avait restreint l'organisation territoriale à des superficies locales. C'est cette logique qui avait amené l'implantation des CLSC.

Or, la Commission Clair a recommandé que le Ministère et les Régies régionales reconnaissent le principe de hiérarchisation des services médicaux comme l'un des fondements du système de santé québécois. Il était prévisible que les populations consultées établissent un lien entre la hiérarchisation des services médicaux et la hiérarchisation du territoire québécois. Le coût des installations et de l'opération des services médicaux, en croissance constante au cours des années, a eu pour conséquence d'aggraver les inconvénients amenés par les distances et la faible densité démographique. La proposition de hiérarchiser les services médicaux fut des plus impopulaires. Toute politique qui propose un modèle hiérarchique de la société québécoise heurte de front l'idéal d'égalité de la génération des baby boomers, idéal qui s'est actualisé sous la forme d'une Révolution tranquille.

Précisions en vue d'une future politique de la santé

L'analyse des textes déposés sous forme de mémoires à la Commission Clair mettent au jour les fondements du « souci » concernant la santé, tel que les Québécois l'ont

exprimé à l'été 2000. Précisons que l'objectif de la Commission était plus modeste que celui de la thèse et plus réaliste, compte tenu du délai de six mois accordé par le Ministère. Ce mandat consistait à tenir un débat public et proposer des avenues de solution au « souci » gouvernemental concernant le financement et l'organisation des services.

Notre recherche doctorale atteste que le point de vue de la population diffère de celui des experts également consultés, quant à la perception des causes de l'augmentation exponentielle des coûts du régime public. Les auteurs de mémoires estiment, de façon générale, que l'aspect technique de la médecine a été subventionnée exagérément par rapport à la dimension sociale de la pratique médicale et paramédicale. La notion de santé à laquelle les auteurs de mémoires se réfèrent comporte une signification existentielle et relationnelle prédominante. Selon eux, l'amélioration de l'accessibilité aux savoirs professionnels et aux ressources technologiques n'exigerait pas d'investissements supplémentaires en capitaux. Ils souhaitent cependant une plus grande sensibilité des dirigeants à trois types d'obstacles à l'égalité d'accès aux services: 1) ceux reliés à des situations de pauvreté, 2) ceux qui découlent du peu de participation locale aux décisions et 3) ceux associés aux problèmes sociaux qui engendrent inévitablement un phénomène de discrimination avec ce qui s'ensuit de gêne, de peur, de honte. Bref, les populations désignent la détérioration des milieux de vie comme le principal obstacle à la santé.

L'analyse de discours visait un objectif audacieux, celui de proposer un modèle de conciliation des préoccupations en jeu dans la réforme du système de santé. En référence à Paul Ricœur, ce modèle devait proposer un mode de conciliation des autonomies en lien avec la réparation des injustices. La dynamique du débat, observée dans la première phase de la recherche, montre que le Québec se distingue encore, en continuité avec son histoire, par une représentation de la santé plus collective qu'individuelle. Or, Ricœur (1986, 1990a, 1990b) attribue à la narration le

pouvoir de maintenir la structure identitaire autant celle des communautés historiques que celle des personnes; d'où l'intérêt des textes retenus pour analyse dans une perspective d'unité nationale.

Il y a consensus sur l'idée que les communautés en santé jouissent d'une présence au monde qui offre des conditions économiques intéressantes sur le plan de l'accomplissement personnel. Le discours officiel propose une stratégie axée sur la prospérité générale. Le discours social montre les inégalités socioéconomiques et propose en contrepartie d'agir directement sur les situations concrètes de pauvreté.

Il y a consensus sur l'idée que les communautés en santé sont en mesure de contracter des alliances sur la base de leurs affinités électives. Le discours officiel propose une stratégie interactive motivée par la compétition avec les meilleurs. Le discours social fait état d'une rupture entre la base citoyenne et les centres décisionnels et propose en contrepartie d'agir rapidement sur le climat de désengagement politique.

Il y a consensus sur l'idée que les communautés en santé disposent des moyens nécessaires pour réserver des provisions à être utilisées à la protection des plus vulnérables. Le discours officiel propose une stratégie d'assainissement des finances publiques. Le discours social démontre l'insuffisance des services sociaux et propose en contrepartie d'agir préventivement sur les conditions de désintégration sociale.

Les énoncés des interlocuteurs ayant pris part à consultation reposent sur des croyances légitimes. Le discours des communautés régionales fait valoir les aspects diversifiés de la réalité sociale territoriale comme assises principales d'une écologie humaine à développer localement dans une perspective de long terme. Le discours des experts témoigne de la confiance en l'efficacité stratégique d'une politique nationale musclée appropriée au contexte de la compétition marchande.

Le fait de parler au nom d'un tiers instaure une dynamique idéologique au sein du débat (Larochelle, 1990). Chacun des groupes énonciateurs se présente comme le seul dispensateur du discours de vérité. Cependant, la posture bureaucratique anonyme qui s'impose au nom du bien commun, sous son apparente neutralité, discrédite les porte-parole de la diversité régionale, signataires clairement identifiés. Le discours populaire, dont le bref résumé est inséré à la fin du Rapport Clair, paraît manquer d'objectivité lorsque lu à la suite de ce que la Commission présente comme porteur de l'inéluctable rationalité administrative. Dans cette perspective, le Rapport Clair se voit considérablement affaibli, car il est le résultat d'un affrontement inégal dans une joute idéologique.

Propositions conceptuelles articulant autonomie et régionalité

Le concept des affinités électives nous a servi à illustrer la dynamique de participation des communautés régionales à la Commission Clair. L'analyse des résultats a effectivement conduit à mettre en doute l'adéquation du programme québécois d'assurance maladie individuelle -compatible avec l'idée d'assurance contre la perte d'autonomie- avec la manière de vivre en santé telle que les Québécois se le représentent: Une capacité de vivre ensemble incluant les moyens de surmonter les crises, d'aborder l'avenir avec confiance et d'agir selon ses possibilités, un agir qui serait pas l'apanage de la jeunesse. Les inégalités régionales en matière de santé ne justifieraient-elles pas une autorité politique décentralisée, fondée sur la coopération plutôt que sur la hiérarchie, sur l'action de groupes autonomes plutôt que sur la direction de l'État?

L'approche québécoise en santé nous apparaît, de plus, souffrir d'un retard sur les connaissances sociologiques. Le paradigme des réseaux s'impose pour décrire la tendance à des relations sociales souples et interactives (Castells, 1998, 1999, 2001). Aussi, dans la thèse, le concept des affinités électives s'est-il imposé pour combler un vide conceptuel entre la notion de droit des individus et droit des peuples à

s'autodéterminer. Il vient affiner la compréhension du droit à s'associer: en deçà de toute prétention consciente à l'accroissement de pouvoir associé au regroupement des forces -ce qui serait apparenté au corporatisme-; c'est la nécessité de se positionner dans une zone de confort sur le plan identitaire qui serait le principal moteur de transformation sociale à la base des communautés d'idées. Le processus aurait une fonction sociale assez proche de celle de la religion en cela qu'il sert à rallier les uns et les autres sans nécessité de justification autre que celle de se retrouver ensemble affiliés à une cause plus grande que soi.

Dans une perspective macro sociologique, le processus évoluerait en marge des mouvements sociaux, sans leur envergure, sans leur portée historique et, surtout, sans leur caractère d'irréversibilité. Les affiliations électives sont provisoires: elles dépendent essentiellement d'une perception de bien-être, c'est-à-dire le sentiment de sécurité que procure l'appartenance à un milieu où les représentations du monde sont réconfortantes. Le phénomène se prête tout aussi bien à une observation dans une perspective microsociologique, comme celle des petites collectivités.

Par conséquent, le concept des affinités électives s'est imposé pour combler un vide entre projets personnels et projets nationaux, en désignant les points de jonction des visées des uns et des autres, les lieux de la vie privée et de la vie publique. Dans ces espaces où égalités et libertés se conjuguent pourtant au pluriel, la dignité ne s'évalue pas souvent en référence à des normes écrites, mais sur l'arête mince et fragile des souffrances et des plaisirs ressentis, de ce qui se vit à un niveau préconceptuel, lorsque les communautés se racontent. Le récit, lorsque bien accueilli, restaure, réconcilie, guérit parfois. Ce phénomène est bien connu des soignants de toutes catégories. La narration inaugure la traversée vers l'autre, les autres en chair et en os et surtout « soi-même comme un autre », pourrait-on dire avec les mots du regretté Paul Ricœur.

L'expression affinités électives est vieille de deux siècles; elle se rapportait, en chimie, au principe d'organisation des corps composés. Goethe la choisit en 1809, pour titrer un roman allégorique conçu sur le thème des interactions réciproques dans un groupe. Goethe se réfère à l'énigme concernant l'unité de l'univers, physique et métaphysique. Les sociétés sont-elles soumises aux lois naturelles et si tel est le cas quelle est la place des considérations morales? Le roman reflète, selon Cornuz (1969), l'esprit des lieux et l'esprit du temps. L'histoire de personnages qui s'affranchissent de contraintes sociales qui ne correspondent plus à leurs affinités réelles annonçait la venue imminente d'un changement social et politique, soit de la République de Weimar.

Goethe, qui assumait alors des fonctions politiques en matière d'urbanisme et de finances publiques, y a affirmé sa préférence pour un accompagnement gouvernemental souple et gradué. Il proposait, en opposition aux réformes trop radicales ou révolutionnaires, des aménagements de nature architecturale, voire même « cadastrale ». D'après Thomas (1963), Goethe considérait que le changement social est calculable, souvent prévisible sans que l'on puisse parler de lois. Ce sont des appels, des pressentiments, des visions d'un idéal de beauté, lesquels concernent à la fois les considérations morales et les approches scientifiques.

L'étude vient enrichir l'exposé de la problématique de régionalisation des fonds publics en santé. Elle révèle que le débat met en opposition une vision technocratique de territoires à gérer et une vision sociale des territoires à habiter. La notion d'équité interrégionale, issue des travaux de la Commission Rochon dans les années 80, a ressurgi lors de la Commission Clair, aux audiences publiques exclusivement. La préoccupation est plus vive vingt ans plus tard et concerne maintenant l'équité intrarégionale. La tolérance politique de territoires totalement dépourvus de cliniques médicales, alors qu'elles foisonnent ailleurs, établit une dépendance des personnes âgées envers leurs proches. La concentration des équipements diagnostiques et

thérapeutiques astreint des personnes gravement malades et les membres de leur famille à des déplacements onéreux. Ces conditions constituent un irritant majeur.

Le modèle québécois d'organisation des soins primaires à l'échelle communautaire a orienté notre cadre d'analyse. L'autonomie territoriale et la notion de santé communautaire se rejoignent dans la perspective du droit de vivre décemment, de vieillir et de mourir dignement là où sont enracinées les valeurs culturelles. D'emblée, nous avons situé la notion d'autonomie au centre de la problématique de la régionalisation.

Le cadre de référence fut construit autour de la notion d'autodétermination, comprise comme un processus réflexif structurant par d'éminents théoriciens du social dont Weber (1971), Giddens (1987), et Ricœur (1986, 1990a et 1990b). L'étude réfère à un courant de pensée collectiviste qui situe l'action sociale et politique au niveau des communautés d'appartenance. Ces communautés déterminent elles-mêmes leurs arrangements constitutionnels à partir de l'intercompréhension de leurs raisons de vivre ensemble.

Pour les théoriciens de l'action sociale, l'autonomie n'est pas inhérente au statut, ni ne constitue une prérogative individuelle, puisque l'individu n'acquiert de distance réflexive que dans l'horizon des formes de vie qu'il partage avec d'autres. Leurs propositions rejoignent celles des théoriciens du langage qui comprennent l'institutionnalisation de l'autonomie comme aboutissement d'un long processus discursif. Ricœur s'est particulièrement intéressé à la prise de parole qui devient acte social par l'accueil reçu dans la communauté de cet acte discursif. Ricœur arrive au constat qu'il n'y aurait pas de conflit d'autonomie si la catégorie des plus défavorisés était prise comme référence dans toute distribution juste, selon une visée « qui place l'autonomie à la fin et non au commencement de la réflexion morale » (1990a, p. 319).

L'étude propose de considérer l'autonomie comme une exigence sociale d'être pleinement personnellement et collectivement soi-même. Y sont assujetties toutes les formes de liberté admises dans une socialité qui se transforme sur le mode des affinités électives. D'où la responsabilité politique de réparer les injustices que les pratiques traditionnelles légalement constituées ou non, ne cessent d'engendrer. Dans cette optique, les inégalités de santé entre riches et pauvres sont à réinterpréter dans une perspective de conflit des autonomies.

La thèse s'inscrit dans le champ de recherche en développement régional, dans le premier axe du doctorat qui cible la dynamique sociohistorique de structuration et de déstructuration des espaces régionaux. Elle traite des inégalités dans la répartition des ressources en santé, en lien avec le quatrième axe du chantier de recherche du GRIDEQ, et avec le troisième axe de celui du CRDT sur les politiques publiques concernées par le développement local et régional des territoires.

L'étude propose de dépasser une acception du mot région qui se réduirait à la notion de frontière administrative et de reconnaître au phénomène régional une signification multidimensionnelle. L'historien Gérard Bouchard (1999, 2000, 2002) souligne l'importance de renouveler les fondements de la cohésion sociale au Québec de sorte que cette nation puisse envisager un avenir authentiquement sien, parmi d'autres façons d'habiter le continent, et de contribuer ainsi à la diversité du sentiment d'appartenance à l'*américanité*. Pour esquiver le piège de la « partition territoriale », le chercheur propose la construction d'un paradigme aux composantes de diversités culturelles en interaction, qui auraient comme dénominateur commun la « négociation » en français de la promotion d'idéaux, de valeurs et de choix de société.

Entendons par régionalité un sentiment largement partagé au sein d'une collectivité, de l'appartenance à une histoire, et de l'appartenance à un territoire. La région se réfère avant tout à une communauté dont les membres se reconnaissent à la fois une appartenance territoriale et un destin commun. Régionalisation ne doit pas être confondue avec décentralisation. La seule régionalisation acceptable doit être celle qui contribue effectivement à réduire les inégalités sociales face à la maladie, et à contrer toutes les formes d'exclusion. L'*être régional* se développe dans une dynamique de projection dans le temps et d'accomplissement de ce qui, le constituant, demeure encore fragile et qui demande à être soutenu. Le régionalisme correspond à une affiliation élective et participante à une définition particulière du bien commun, au moyen de la délibération. La notion de régionalité, telle qu'elle ressort de l'analyse de plusieurs centaines de textes, s'apparente à la notion de genre; elle se réclame de l'autonomie sans prétendre à l'autosuffisance et sans se soustraire aux exigences de complémentarité et de réciprocité.

Instrumentation pour l'analyse de facteurs intangibles de développement

Le questionnement de la thèse porte sur la diversité régionale des représentations du – vivre ensemble en santé –. On y interroge la pertinence d'une approche régionale en vue de réunir les citoyens de tous âges par leur participation à un projet de santé attrayant. L'applicabilité d'une stratégie régionaliste en matière de santé est abordée au moyen de trois suppositions, ou sous questions.

Premièrement, est-ce que les discours concernant la visée de santé diffèrent d'une région à l'autre? Une validation scientifique de la spécificité régionale, dans les arguments d'opposition à un projet de réforme uniformisant, donnerait du poids à l'idée d'une régionalisation des fonds publics dédiés à la consolidation du réseau des services sociaux et de santé.

Deuxièmement, comment se profilent les divergences pouvant mettre en péril la cohésion sociale? Une validation scientifique de l'engagement solidaire du personnel professionnel, dans l'argumentation orientée vers les problèmes du milieu, donnerait du poids à l'idée de régionalisation des fonds de la Régie de l'assurance-maladie dédiés à la rémunération des médecins.

Troisièmement, sur quelles bases consensuelles pourrait être édifié un projet national durable auquel chacune des régions participerait selon sa spécificité? Une contribution scientifique à un modèle de conciliation des autonomies donnerait du poids à la reconfiguration de la participation citoyenne. Le processus d'élaboration d'une politique nationale s'enclencherait à partir des préoccupations des communautés locales; il se poursuivrait avec l'étape de la priorisation par des instances régionales, comme base de négociation budgétaire avec le Ministère.

Par ce questionnement, la thèse a poursuivi un double objectif : élaborer et tester une grille d'analyse des sentiments d'appartenance ainsi que proposer un modèle de conciliation des préoccupations en jeu dans l'adhésion à un plan de réforme institutionnelle.

Le parcours méthodologique est balisé à la fois par le thème de la recherche et le cadre de référence. D'une part, l'articulation du concept de santé comme visée, en lien avec le concept de régionalité, postule que c'est l'intention qui détermine le caractère distinctif de l'action sociale. D'autre part, c'est la conceptualisation de l'action réfléchie, intentionnellement orientée, qui sert de fondement au courant de pensée phénoménologique. Or, la perspective phénoménologique relève d'une philosophie de la représentation. (Ricoeur, 1990a, p. 387)

L'approche méthodologique des représentations sociales était, par conséquent, toute désignée pour l'élaboration d'une grille d'analyse de contenu. En particulier celle

développée en concordance avec la posture épistémologique de Moscovici (2002), laquelle sert à démontrer la diversité des composantes sociales et les juxtapositions complexes qui structurent les sentiments d'appartenance ou d'aversion.

L'inventaire des documents disponibles s'est établi à 534 mémoires déposés aux audiences régionales. Les mémoires individuels ayant été retranchés, le corpus fut limité, dans un premier temps, à 461 mémoires collectifs. Ces documents publics ont été gracieusement acheminés, à la suite d'une demande aux Régies régionales. Les textes furent soumis à une grille de lecture bidimensionnelle, identifiant trois niveaux d'appartenance au territoire (local, régional et national) et trois niveaux d'appartenance à une histoire (contextuel, réflexif et institutionnel). Les divers agencements déterminant neuf catégories.

L'expérimentation de cet instrument d'analyse de la diversité régionale a donné des résultats concluants. Le classement des mémoires établit des indices de comparaison de régions entre elles, ainsi que des repères à l'illustration d'un profil d'opposition au projet de réforme. Cinq régions se démarquent nettement en tant que lieux de production d'un discours social plus élaboré. Ce qui a permis d'entreprendre, en deuxième étape, l'interprétation des résultats par une analyse approfondie du discours sur un corpus limité à 120 mémoires.

L'analyse du débat déclenché par les propositions de réforme au système de santé aboutit à des résultats intéressants. Les regroupements collectifs formulent majoritairement, dans 439 mémoires, leur objection à subordonner au contexte économique le principe de la prise en charge des malades par une institution nationale. Quelque 276 mémoires expliquent cette prise de position comme exigence de fidélité à un engagement social à long terme, reliant les générations passées et futures. Ils réfèrent à un assentiment qui a marqué la trajectoire historique d'un

peuple et qui ne peut être remis en question ponctuellement par une équipe dirigeante investie de pouvoirs temporaires.

Sur ce fond d'unanimité, une différenciation régionale se révèle incontestablement par les dimensions d'appartenances historique et territoriale. De sorte que chacune se positionne de façon singulière dans son opposition au discours officiel. Les plus catégoriquement opposées se présentent comme suit, dans un ordre croissant, selon un indice de régionalité variant entre 1 et 3 : Saguenay–Lac-Saint-Jean (2,675). Abitibi-Témiscamingue (2,710), Nord-du-Québec (2,830), Mauricie (2,913) et Côte-Nord (2,950). Ces régions offrent des points de similitude. L'appartenance à un petit milieu de vie concorde avec un attachement fort à l'histoire institutionnelle. Ces régions s'opposent à toute dérogation à l'esprit de la Loi de 1971 qui instaurait l'égalité d'accès aux soins et la mise en place d'une structure en réseau desservant tout le territoire. Par ailleurs, ces mêmes régions souhaitent que les gestionnaires et professionnels de la santé et des services sociaux reçoivent leur mandat de la population locale et lui rendent des comptes.

L'analyse des résultats fait découvrir une propension à dissocier la mission législative d'encadrement juridique du système de soins d'avec la fonction administrative de la gestion du programme. Une tendance qui se dessine géographiquement dans la zone territoriale au nord du Fleuve Saint-Laurent. L'étude atteste, en outre, que les professionnels n'adhèrent pas en bloc à la vision gouvernementale. Leur allégeance à une corporation professionnelle, en tant que membres de la fonction publique, passe après leur solidarité avec la communauté locale notamment en ce qui concerne l'égalité d'accès à un programme prétendu non discriminatoire quant au lieu de résidence.

Le profil de la réaction des régions au projet de réforme du système de santé est intéressant au plan politique quant à son application concrète à l'administration des soins.

Néanmoins, le défi que nous avons relevé avec le plus de fierté s'inscrit dans le champ de recherche en développement régional. Nous avons démontré que la portée de l'imaginaire, à prime abord incommensurable dans la dynamique des répulsions et des affinités qui structurent l'action sociale, peut être abordée scientifiquement par la méthode de l'analyse de discours. Dans l'interdiscours où se construit une critique du processus de révision d'une institution perçue comme typiquement québécoise, le rapport au territoire ressort comme un enjeu crucial du développement social. La couverture médiatique des audiences régionales fut, en pleine période estivale, réduite au minimum. Dans de meilleures conditions de diffusion, aurait-on assisté, au cours de l'été 2000, au procès sur la place publique d'une classe de spécialistes non élus et bénéficiant sans scrupule d'un pouvoir considéré comme illégitime ? L'époque qui a vu s'instaurer l'hégémonie de ce que nous pourrions, avec les mots du professeur Larochelle (1990) nommer « l'imaginaire technocratique » tirerait-elle à sa fin ?

Utilité pratique : limites et avenues à explorer

La thèse fait montre d'une utilité pratique, à court terme, dans le secteur de la santé. Cinq régions se sont démarquées, où des expériences de régionalisation pourraient être amorcées. Pour chacune de ces régions, il y aurait lieu de soutenir l'expérimentation d'initiatives locales, dont le but serait de réduire les inégalités d'accès reliées à des contraintes géographiques.

Concernant la généralisation de la méthode à des fins politiques, rien n'assure que les résultats d'une analyse de discours soient aussi probants dans un contexte socio-politique moins controversé. L'expérience scientifique pourrait cependant être répétée dans un semblable contexte de réforme touchant un autre secteur tel que celui des garderies publiques, des commissions scolaires ou des bureaux de poste. Nous pourrions ainsi vérifier si les mêmes régions se démarqueraient et si, par conséquent, la régionalisation des services publics ne pourrait pas prendre une envergure multisectorielle.

Une méthode semblable à celle que nous avons utilisée pourrait être mise à l'épreuve afin de comparer le discours des communautés ethniques différentes et d'être en mesure d'apprécier si une réforme envisageable les affectait de la même manière. Chaque nouvelle application exigera l'élaboration d'une grille de lecture adaptée à la spécificité culturelle des milieux et validée à la fois par les utilisateurs et les communautés participant à l'étude. Lors de l'étude doctorale, une telle précaution n'a pas été jugée nécessaire du fait qu'un seul évaluateur a procédé à toutes les étapes du codage des mémoires.

Quelles que soient les particularités culturelles des participants à la recherche, les résultats d'une étude transversale n'auraient qu'une portée temporelle limitée à moins que ne soit prévue la répétition de l'investigation, dans une perspective longitudinale. Si des modifications devenaient perceptibles, il faudrait poursuivre les travaux en vue d'interpréter l'impact des changements annoncés, sur la structure des représentations et, conséquemment, sur la transformation des réseaux d'appartenance.

Enfin, des études internationales seraient requises afin de vérifier si la corrélation positive que nous avons pu observer entre les dimensions de l'appartenance à un territoire et de l'appartenance à une histoire, constitue un trait universel, ou si des variations culturelles pourraient être démontrées.

APPENDICE I

LISTE DES MÉMOIRES PRÉSENTÉS AUX AUDIENCES RÉGIONALES

Mémoires collectifs, région 01 Bas-Saint-Laurent

01-10	Alliance québécoise des Regroupements régionaux pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AQRIPH)
01-11	Association des Auxiliaires Familiales et Sociales du Québec (AAFSQ)
01-12	Association des éducateurs et éducatrices physiques enseignants région du Bas-Saint-Laurent, Gaspésie (FÉEPEQ)
01-13	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux
01-14	Association des médecins gériatres du Québec
01-15	Association du cancer de l'Est du Québec (ACEQ)
01-16	Association du Québec pour l'intégration sociale
01-08	Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS)
01-71	Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS) Rivière-du-Loup
01-09	Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS) Saint-Honoré
01-17	Association générale des insuffisants rénaux (AGIR), section Bas-Saint-Laurent
01-18	Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)
01-24	CEGEP de Rimouski
01-05	Centrale des professionnelles et professionnels de santé (CPS)
01-22	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) Bas-Saint-Laurent
01-54	Centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire
01-04	Les centres hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée de Matane
01-56	Centre hospitalier régional de Rimouski (CII)
01-53	Centres hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup
01-06	Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent
01-66	Centre mitissien de santé et de services communautaires (CII)
01-07	Centre mitissien de santé et des services communautaires (CMSSC)
01-69	Centre mitissien de santé et de services communautaires (CMSSC), Conseil multidisciplinaire
01-02	Conseil Multi du CLSC de la Vallée (Centre hospitalier)
01-55	CHSLD-CLSC des Basques
01-61	Centre local de développement (CLD) de la Mitis
01-57	CLD des Basques
01-58	CLSC de Matane
01-59	CLSC Rivière et Marées
01-62	Comité des usagers du Réseau Santé Kamouraska
01-64	Commission scolaire des Phares
01-63	Commission médicale régionale du Bas-Saint-Laurent en collaboration avec l'Institut national de santé publique (CMR)
01-65	Conseil des infirmières et infirmiers du Centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire (CII)
01-67	Conseil multidisciplinaire du Centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire
01-70	(CSN) Comité de pilotage du Conseil Central du Bas-Saint-Laurent
01-73	Corporations de Transport Adapté du KRTB

01-34	Fédération des clubs de l'âge d'or (FADOQ) de l'Est du Québec
01-35	Fédération des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (FIIAQ)
01-36	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)
01-37	Fédération pour Personnes Handicapées du K.R.T.B. Inc.
01-45	Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)
01-38	Groupe de citoyennes et de citoyens Joseph Bouchard, Rimouski
01-39	Institut de recherche sur l'éthique et la régulation sociale et du Groupe de recherche Ethos de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)
01-28	Maison des jeunes de Mont-Joli
01-25	Municipalité régionale de comté (MRC) de Matane
01-41	Mouvement Action Communautaire (MAC) Bas-Saint-Laurent
01-03	MRC Kamouraska
01-51	Ordre régional des infirmières et infirmiers (ORIIQ) du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/Côte-Nord et module des sciences de la santé de l'UQAR
01-60	Pastorale sociale du diocèse de Rimouski
01-27	Regroupement des Centres d'Action bénévole (RCAB) région 01
01-29	Regroupement des organismes de Personnes Handicapées (RAPH) du Bas-du-Fleuve
01-30	Regroupement régional des établissements membres de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec
01-31	Réseau de santé (RS) du Témiscouata
01-32	Réseau Santé (RS) Kamouraska
01-33	Re-Source Familles
01-42	Servir + Soins et Soutien à Domicile Inc.
01-43	Société nationale de l'Est du Québec (SNEQ)
01-68	Syndicat canadien de la fonction publique (CUPE-SCFP) Conseil provincial des affaires sociales région Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/Côte-Nord
01-44	Syndicat des infirmières et infirmiers de l'Est du Québec (SIIEQ)
01-46	Syndicat professionnel des diététistes du Québec (SPDQ)
01-47	Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers (SPIIQ) de Québec
01-49	Table de concertation de groupes de femmes (TCGF) du Bas-Saint-Laurent
01-50	Table multisectorielle de la Famille du Bas-Saint-Laurent
01-48	Unité régionale de Loisir et de Sport du Bas-Saint-Laurent
01-52	Ville de Mont-Joli
Total : 65	

Mémoires individuels, région 01 Bas-Saint-Laurent

01-01 ; 01-19 ; 01-20 ; 01-21 ; 01-23 ; 01-26 ; 01-40 ; 01-72

Total : 8

Mémoires collectifs, Région 02 Saguenay–Lac-Saint-Jean

02-10	Association des Auxiliaires Familiales et Sociales du Québec
02-03	Association québécoise pour la défense des droits des personnes retraitées et pré-retraitées (AQDR)
02-12	CH, CHSLD, CLSC, Cléophas-Claveau, Ville de la Baie
02-01	Centre local de développement (CLD) Lac-Saint-Jean Est
02-13	Clinique d'Optométrie, Métabetchouan
02-09	CLSC Le Norois

- 02-11 Conseil des syndicats nationaux (CSN) Centrale des Syndicats nationaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- 02-06 Corporation Jonquière-Médic inc.
- 02-02 (FADOQ) Conseil de l'âge d'or région Saguenay-Lac-Saint-Jean-Chibougamau-Chapais
- 02-07 Groupe de citoyens du comté de Roberval
- 02-05 Regroupement Saguenay Santé
- 02-15 Syndicat des Infirmières du Nord-Est Québécois (SINEQ)
- 02-04 Table de concertation des groupes de femmes (TCGF)
- 02-14 Table régionale des organismes communautaires (TROC)
- Total : 14**

Mémoires individuels, Région 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean

02-08 ; 02-16

Total : 2

Mémoires collectifs, Région 03 Capitale-Nationale

- 03-19 Association des médecins omnipraticiens (AMOQ) de la région de Québec
- 03-17 Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS), Québec-Chaudière-Appalaches
- 03-23 Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)
- 03-16 Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), Québec
- 03-05 CHSLD Saint Brigid's Home, Sillery
- 03-09 CLSC Charlevoix
- 03-07 CLSC des Hautes-Marées, Point de service de l'Ancienne Lorette
- 03-20 CLSC et CHSLD de la région de Québec
- 03-15 Conseil central de Québec-Chaudière-Appalaches (CSN)
- 03-04 Corporation de développement de ressources Holland (Centre Holland), Québec
- 03-12 Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants (FÉÉDEQ), région de Québec-Chaudières-Appalaches,
- 03-18 Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), Québec
- 03-08 Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ), Québec
- 03-11 Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Québec
- 03-21 Jersey Hale Hospital, Québec
- 03-14 Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ), Québec
- 03-03 Regroupement des groupes de femmes de la région 03 (Québec-Portneuf-Charlevoix),
- 03-22 Regroupement des organismes communautaires en santé et services sociaux de la région 03 (ROC)
- 03-02 Syndicat national de l'automobile, de l'aérospatiale, du transport et des autres travailleurs et travailleuses du Canada (TCA)
- 03-06 Voice of English Quebec, Québec
- Total : 20**

Mémoires individuels, Région 03 Capitale-Nationale

03-01 ; 03-10 ; 03-13

Total : 3

Mémoires collectifs, Région 04 Mauricie et Centre-du-Québec

- 04-44 Association des aidants(es) naturels(les) du Bassin Masinongé « Mains Tendres »
- 04-45 Association des hôpitaux (**AHQ**) Conférence régionale 4-17
- 04-40 Association féminine d'éducation et d'action sociale (**AFÉAS**)
- 04-64 Association des résidences pour retraités du Québec (**ARRQ**)
- 04-02 Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (**AQDR**)
- 04-32 Carrefour Normandie St-Tite inc.
- 04-60 Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (**CPS**)
- 04-30 Centre d'Action Bénévole du Lac St-Pierre
- 04-58 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (**CAAP**) Mauricie/Centre-du-Québec
- 04-03 Centre de réadaptation InterVal Centre de santé des femmes de la Mauricie
- 04-35 Centre de santé des femmes de la Mauricie
- 04-62 Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 04-61 Centre des femmes l'Héritage
- 04-46 Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- 04-20 Centre Le Havre de Trois-Rivières
- 04-43 Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 04-11 Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Comité d'usagers
- 04-29 CHSLD Cœur-du-Québec
- 04-68 CLSC du Centre-de-la-Mauricie
- 04-19 CLSC Nicolet-Yamaska et Chambre de Commerce de Saint-Léonard d'Aston
- 04-48 CLSC Vallée de la Batiscan
- 04-04 Commission médicale régionale Mauricie-Centre-du-Québec (**CMR**)
- 04-13 Comité des usagers du Carrefour de Santé et des services sociaux de la Mauricie
- 04-27 Conférence des CLSC et CHSLD de la région Mauricie-Centre-du-Québec
- 04-28 Conseil Central (**CSN**) du Cœur-du-Québec et Fédération de la santé et des services sociaux région Mauricie-Centre-du-Québec
- 04-50 Conseil régional de concertation et de développement Centre-du-Québec (**CRCD**)
- 04-16 Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, Centre de réadaptation en toxicomanie
- 04-12 Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, Comité d'usagers
- 04-22 Entreprises d'économie sociale en aide domestique (**REÉSADQ**)
- 04-55 Épilepsie Mauricie/Centre-du-Québec
- 04-25 Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (**FÉÉPEQ**), Association des éducateurs et éducatrices physiques enseignants région de Trois-Rivières/Mauricie
- 04-06 Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (**FTQ**) Conseil régional Mauricie et Centre-du-Québec
- 04-59 Groupe d'entraide La Lanterne
- 04-24 Halte Bois-Francs
- 04-34 Hôpital Sainte-Croix
- 04-63 Hôtel-Dieu d'Arthabaska
- 04-66 La Ruche Aire Ouverte Inc.
- 04-31 Les Parents Partenaires
- 04-52 Le Traversier, service d'entraide en santé mentale
- 04-57 Maison de la Famille de l'Ouest
- 04-14 Maison des jeunes
- 04-15 Mouvement Des Personnes d'Abord de Drummondville
- 04-26 MRC de Nicolet-Yamaska

04-42	MRC du Centre-de-la-Mauricie
04-33	Programme de prévention des abus commis envers les enfants Espace Mauricie
04-47	Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Direction de la Santé publique)
04-56	Regroupement des cuisines collectives de Francheville
04-37	Regroupement des organismes de base en santé mentale Mauricie et Centre-du-Québec
04-53	Regroupement d'organismes de Promotion pour Personnes Handicapées (ROPPH) région Mauricie
04-09	Soutien à domicile Des-Chenault
04-17	Syndicat des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) hôpital Christ-Roy Nicolet
04-23	Syndicat professionnel des diététistes du Québec (SPDQ)
04-05	Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Québec (SPIIQ)
04-49	Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Trois-Rivières (SPII3R) (SPIIQ)
04-01	TCA-Québec, région de la Mauricie et du Centre-du-Québec
04-51	Table de concertation du mouvement des femmes du Centre-du-Québec (TCGF)
04-41	Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie (TCGF)
04-38	Table régionale des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux du Centre-du-Québec et de la Mauricie (TROC)
04-39	Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
04-21	Ville de Trois-Rivières
Total : 60	

Mémoires individuels, Région 04 Mauricie et Centre-du-Québec

04-07 ; 04-08 ; 04-10 ; 04-18 ; 04-36 ; 04-54 ; 04-65 ; 04-67

Total : 8

Mémoires collectifs, Région 05 Estrie

05-19	Association coopérative d'économie familiale (ACEF) de l'Estrie
05-30	Association des hôpitaux du Québec (AHQ) conférence régionale des hôpitaux de l'Estrie
05-20	Association des résidences pour retraités du Québec (ARRQ)
05-01	Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)
05-36	Association québécoise de défense des droits des retraité(e)s et des préretraité(e)s (AQDR)
05-24	Centre de réadaptation Estrie inc.
05-39	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
05-32	Centre jeunesse de l'Estrie
05-04	Chambre de commerce de la région sherbrookoise
05-34	CH CHSLD CLSC Carrefour Santé du Granit
05-17	CH CHSLD CLSC Carrefour Santé du Granit Conseil des infirmières et des infirmiers et Conseil multidisciplinaire (CII)
05-10	Collège Védique Maharishi
05-40	ConcertAction Femmes Estrie
05-33	Conférence régionale des CLSC et des CHSLD de l'Estrie
05-05	Conseil central des syndicats nationaux (CSN) de l'Estrie
05-12	Conseil régional de développement (CRD) de l'Estrie
05-06	Conseil régional (FTQ) Fédération des travailleurs du Québec
05-11	Corporation de Développement Communautaire (CDC) de la MRC d'Asbestos
05-13	Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke
05-09	Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FÉEPEQ)

	Association des éducateurs et éducatrices physiques enseignants de la région de l'Estrée
05-23	Fédération des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires du Québec (FIIAQ)
05-14	Fondation du Centre universitaire de santé de l'Estrée
05-29	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
05-42	Maison des jeunes Azimut-Nord et le Regroupement de Maisons de jeunes de l'Estrée
05-15	Mouvement estrien pour le français
05-02	Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de l'Estrée (DRMG)
05-37	Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrée
05-35	Regroupement des Organisme de Maintien à Domicile de l'Estrée (ROMADE)
05-38	Regroupement des ressources communautaires en santé mentale de l'Estrée
05-21	Service d'aide aux Néo-Canadiens inc.
05-08	Syndicat professionnel des diététistes du Québec (SPDQ)
05-07	Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers (SPIIQ) de l'Estrée
05-31	Table des Centres de réadaptation à vocation régionale
05-41	Université de Sherbrooke
05-03	Ville de Sherbrooke
05-22	Ville de Valcourt
Total : 36	

Mémoires individuels, Région 05 Estrie

05-16 ; 05-18 ; 05-25

Total : 3

Mémoires collectifs, Région 07 Outaouais

07-34	Association des hôpitaux du Québec (AHQ) conférence régionale 07
07-36	Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)
07-27	Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS)
07-01	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais
07-21	Centre hospitalier Gatineau Mémorial et CLSC-CHSLD Des Collines
07-17	Centre hospitalier Pierre-Janet
07-29	Centre Jellinek, centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
07-28	Centre régional de réadaptation La Ressource
07-10	Centres jeunesse de l'Outaouais
07-20	Chapitre québécois de la société de la médecine rurale du Canada
07-26	CH-CHSLD de Papineau
07-23	CLSC-CH-CHSLD des Forestiers
07-02	CLSC-CHSLD de la Petite-Nation
07-05	CLSC de Hull
07-11	CLSC et CHSLD Grande-Rivière
07-19	Comité des usagers du CHSLD de Hull
07-24	Comité Logemen'Occupe de l'Outaouais
07-18	Coalition de groupes syndicaux (CSN) et de groupes de défense de droits
07-13	Commission médicale régionale (CMR) de l'Outaouais
07-16	Commissions scolaires de la région de l'Outaouais
07-37	Conférence administrative régionale de l'Outaouais (CARO)
07-40	Conseil des coopératives de l'Outaouais
07-07	Conseil régional (FTQ) en Outaouais

07-32	Établissements régionaux de l'Outaouais
07-33	Fédération des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires du Québec (FIIAQ)
07-06	MRC de Papineau
07-14	Naissance-Renaissance Outaouais
07-03	Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Outaouais (ORIIQ)
07-31	Outaouais Alliance
07-04	Réalité inc.
07-12	Regroupement des comités d'usagers de l'Outaouais
07-09	Regroupement des organismes communautaires de l'Outaouais en santé et services sociaux (ROCoss)
07-08	Réseau de services en déficience intellectuelle, Pavillon du Parc
07-30	Services correctionnels de l'Outaouais, Ministère de la Sécurité publique
07-39	Syndicat professionnel des diététistes du Québec (SPDQ)
07-15	Syndicats des infirmières et infirmiers du CHVO Pavillon de Hull
07-22	Transport spécialisé et médical de l'Outaouais et Sentinelle Santé Health Group
Total : 37	

Mémoires individuels, Région 07 Outaouais

07-25 ; 07-35 ; 07-38
Total : 3

Mémoires collectifs, Région 08 Abitibi-Témiscamingue

08-23	Association québécoise à la défense des retraités et préretraités (AQDR), Val-d'Or
08-19	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda
08-06	Centre hospitalier de soins psychiatriques de l'Abitibi-Témiscamingue
08-08	CLSC les Eskers
08-13	Commission infirmière régionale (CIR) de l'Abitibi-Témiscamingue
08-14	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue (CROC-AT)
08-21	Conférence régionale des hôpitaux et des centres de santé (AHQ) de l'Abitibi-Témiscamingue
08-25	Conseil central (CSN) Abitibi-Témiscamingue – Ungava
08-04	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
08-16	Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue (CRD-AT)
08-17	Conseil régional (FTQ), Rouyn-Noranda
08-22	Corporation l'Alliance des générations inc.
08-20	Groupe d'étudiantes et d'étudiants du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
08-01	Municipalité d'Amos
08-18	Regroupement des femmes de l'Abitibi-Témiscamingue (RFAT)
08-24	Regroupement des CLSC-CH et CHSLD de l'Abitibi-Témiscamingue
08-10	Regroupement des personnes aidantes naturelles du Rouyn-Noranda Régional
08-02	Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores boréales (Biochimie)
08-15	Table de concertation de la MRC Rouyn-Noranda
Total : 19	

Mémoires individuels, Région 08 Abitibi-Témiscamingue

08-03 ; 08-05 ; 08-07 ; 08-09 ; 08-11 ; 08-12

Total : 6

Mémoires collectifs, Région 09 Côte-Nord

09-12 Association des commissions scolaires de la Côte-Nord, (ACSCN)
 09-17 Centre d'action bénévole (CAB) Le Nordest
 09-03 Centre d'action bénévole de Sept-Îles
 09-18 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) Côte-Nord
 09-19 Centre de femmes (CF) L'Étincelle
 09-01 Centre de santé (CS) de la Basse-Côte Nord
 09-05 Centre de santé (CS) de l'Hématite, Municipalité de Fermont et MRC Caniapiscau
 09-08 Centre de santé (CS) des Nord-Côtiers
 09-07 Centre hospitalier régional (CHR) de Sept-Îles
 09-21 Comité pour la sauvegarde du Foyer de Havre-Saint-Pierre
 09-04 Commission infirmière régionale Côte-Nord
 09-14 Concertation de six établissements du réseau sociosanitaire de la Côte-Nord
 09-09 Conseil central (CSN) du Nord-Est
 09-16 Conseil de Bande de Betsiamites
 09-02 Eki-Lib santé Côte-Nord
 09-24 La Vallée des Roseaux (CIR)
 09-22 Loisir et Sport Côte-Nord et Kino-Québec
 09-10 Regroupement des Femmes (RF) de la Côte-Nord
 09-23 Regroupement des organismes en santé mentale et alternatifs en santé mentale de la Côte-Nord
 09-06 Regroupement d'organismes de santé Côte-Nord
 09-11 Syndicat des Infirmières (SINEQ) du Nord-Est Québécois
 09-13 Table de concertation Régionale des Organismes communautaires et Bénévoles de la Côte-Nord (TCROCBNC)

Total : 22

Mémoires individuels, Région 09 Côte-Nord

09-15 ; 09-20

Total : 2

Mémoires collectifs, Région 10 Nord-du-Québec

10-04 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) Nord-Du-Québec
 10-01 Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
 10-03 Conseil central (CSN) de l'Abitibi-Témiscamingue – Ungava
 10-02 Syndicat des Infirmières et Infirmiers (SINEQ) du Nord-Est Québécois
 10-06 Syndicat Régional des Infirmières et Infirmiers du Québec (SRIIQ)

Total : 5

Mémoire individuel, Région 10 Nord-du-Québec

10-05

Total : 1

Mémoires collectifs, Région 12 Chaudière-Appalaches

- 12-02 Association des Auxiliaires Familiales et Sociales du Québec (**AAFSQ**)
- 12-08 Association des CLSC et des CHSLD du Québec
- 12-07 Association des hôpitaux du Québec (**AHQ**)
- 12-01 Association des médecins gériatres du Québec (**AMGQ**)
- 12-06 Association des médecins omnipraticiens de la Côte-Sud (**AMOCS**)
- 12-27 Association féminine d'éducation et d'action sociale (**AFÉAS**) Québec-Chaudière-Appalaches
- 12-04 Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (**APTMQ**)
- 12-28 Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (**CPS**)
- 12-29 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (**CAAP**) Chaudière-Appalaches
- 12-30 Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (**CRDI**) Chaudière-Appalaches
- 12-31 Centre de réadaptation en déficience physique (**CRDP**) Chaudière-Appalaches
- 12-32 Centre de santé (**CS**) des Etchemins
- 12-33 Centre de santé (**CS**) Paul-Gilbert
- 12-35 Centre hospitalier (**CH**) Beauce-Etchemin
- 12-34 Centre hospitalier (**CH**) de Lévis
- 12-36 Centres jeunesse Chaudière-Appalaches
- 12-23 Collèges de la région Appalaches (**CEGEP**)
- 12-37 Comité des usagers du Centre hospitalier de la région de L'Amiante
- 12-41 Comité provisoire de la Coopérative de solidarité de santé Beauce-Sartigan
- 12-09 Commission médicale régionale de Chaudière-Appalaches
- 12-40 Commission scolaire des Navigateurs
- 12-38 Conférence des préfets de Chaudière-Appalaches
- 12-39 Conférence régionale de l'**AHQ-12**
- 12-16 Conseil des directeurs de santé publique de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux
- 12-47 Conseil du statut de la femme
- 12-48 Conseil Québécois d'Agrément d'établissements de santé et de services sociaux
- 12-10 Conseil régional de concertation et de développement (**CRCD**) Chaudière-Appalaches
- 12-12 Conseil central (**CSN**) de Québec – Chaudière-Appalaches
- 12-11 Corporation de développement communautaire (**CDC**) de L'Amiante
- 12-13 Fédération des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (**FIIAQ**)
- 12-14 Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (**FTQ**)
- 12-20 Municipalité régionale de comté (**MRC**) de L'Amiante
- 12-21 Ordre régional des infirmières et infirmiers (**ORIIQ**) de Chaudière-Appalaches
- 12-22 Regroupement des associations de personnes handicapées (**RAPHRCA**) région Chaudière-Appalaches
- 12-24 Regroupement des CLSC/CHSLD de la région Chaudière-Appalaches
- 12-25 Réseau des groupes de femmes (**RF**) Chaudière-Appalaches
- 12-26 Société Alzheimer Chaudière-Appalaches
- 12-42 Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique (**SQTRP**)
- 12-43 Syndicat professionnel des diététistes du Québec (**SPDQ**)
- 12-44 Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers de Québec (**SPIIQ**)
- 12-45 TCA-Québec section locale 1044

- 12-03 Table régionale des organismes communautaires (**TROCCA**) de Chaudière-Appalaches
 12-46 Ville de Saint-Georges
Total : 43

Mémoires individuels, Région 12 Chaudière-Appalaches

- 12-05 ; 12-15 ; 12-17 ; 12-18 ; 12-19
Total : 5

Mémoires collectifs, Région 13 Laval

- 13-01 Alliance professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (**APIIQ**)
 13-03 Association de Laval pour la déficience intellectuelle
 13-04 Association des auxiliaires Familiales et Sociales du Québec (**AAFSQ**)
 13-05 Association des médecins gériatres du Québec (**AMGQ**)
 13-06 Association des médecins omnipraticiens (**AMOQ**) de Laval
 13-07 Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (**APTMQ**)
 13-08 Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (**AQDR**) section lavalloise
 13-09 Bureau de consultation jeunesse
 13-12 Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (**CPS**)
 13-13 Centre de réadaptation (**CRDP**) Normand-Laramée
 13-14 Centre de Santé Intégrale (**CS**)
 13-15 Centre des femmes (**CF**) de Laval
 13-16 Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (**CHARL**)
 13-18 Collège Montmorency (**CEGEP**)
 13-19 Commission scolaire de Laval
 13-20 Commission scolaire de Laval, Compétences 2000
 13-21 Conseil central (**CSN**) du Montréal métropolitain
 13-22 Conseil Régional de Développement (**CRD**) de Laval
 13-23 Conseil régional (**FTQ**) Montréal métropolitain
 13-31 Coopérative de soutien à domicile de Laval
 13-24 Corporation de développement communautaire (**CDC**) Laval
 13-26 Fédération de l'Âge d'or du Québec (**FADOQ**)
 13-27 Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (**FFAPAMM**)
 13-28 Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (**FIIQ**)
 13-29 Fondation *Intégration* de Laval
 13-33 Mères-veilleuses de Laval
 13-39 Regroupement des CHSLD privés et autofinancés de Laval
 13-40 Regroupement des CLSC et CHSLD publics de Laval
 13-41 Regroupement des comités d'usagers, CLSC-CHSLD du Marigot, CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, CLSC-CHSLD Ste-Rose et CLSC des Mille-Îles
 13-42 Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval
 13-43 Regroupement des ressources intermédiaires de Laval (R.R.I.L.)
 13-44 Société de l'autisme et des troubles envahissants du développement (TED) de Laval
 13-45 Syndicat professionnel des diététistes du Québec (**SPDQ**)
 13-46 Systèmes médicaux
 13-47 Syndicat des infirmières et des infirmiers (**SINEQ**) de la Cité de la santé de Laval
 13-48 Table de concertation contre l'abus-violence envers les aînés de Laval

13-49 TCA-Québec
 13-50 Ville de Laval
Total : 38

Mémoires individuels, Région 13 Laval

13-02 ; 13-10 ; 13-11 ; 13-17 ; 13-25 ; 13-30 ; 13-32 ; 13-34 ; 13-35 ; 13-36 ; 13-37 ; 13-38
Total 12

Mémoires collectifs, Région 14 Lanaudière

14-40 Action Santé Services sociaux Lanaudière
 14-01 Alliance professionnelle des Infirmières et infirmiers Auxiliaires du Québec (**APIAQ**)
 14-09 Association des Auxiliaires Familiales et Sociales du Québec (**AAFSQ**)
 14-10 Association des hôpitaux du Québec (**AHQ**)
 14-08 Association des médecins gériatres du Québec (**AMGQ**)
 14-43 Association des médecins omnipraticiens (**AMOQ**) des Laurentides-Lanaudière
 14-11 Association des optométristes du Québec (**AOQ**)
 14-42 Association des Retraitées et Retraités de l'Enseignement du Québec (**AREQ**)
 14-24 Association des travailleuses et travailleurs en maintien à domicile du Québec
 14-31 Association PANDA de la MRC L'Assomption
 14-12 Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (**APTMQ**)
 14-53 Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (**AQDR**)
 14-18 Cancer-Aide Lanaudière
 14-02 Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (**CPS**)
 14-06 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (**CAAP**) Lanaudière
 14-38 Centre de réadaptation (**CRDP**) La Myriade
 14-37 Centre de réadaptation (**CRDP**) Le Bouclier
 14-05 Centre hospitalier régional (**CHR**) de Lanaudière, Conseillères en soins spécialisés
 14-27 Centres jeunesse (**CJ**) Lanaudière
 14-16 CHSLD Heather II
 14-13 CLSC-CHSLD-Meilleur
 14-17 CLSC Latimer
 14-26 Coalition des citoyens et citoyennes tannés-es d'attendre
 14-45 Commission médicale régionale (**CMR**) de Lanaudière
 14-20 Commission de programmation et d'organisation des services de la région régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière
 14-15 Commission scolaire Des Samares
 14-35 Conférence des CLSC et CHSLD de Lanaudière
 14-30 Conseil central (**CSN**) de Lanaudière
 14-21 Conseil du statut de la femme
 14-44 Conseil régional des infirmières (**CRIL**) de Lanaudière
 14-03 Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (**FTQ-LL**) Laurentides-Lanaudière
 14-19 MRC Montcalm
 14-46 Municipalité de Saint-Esprit
 14-29 Pleins Droits de Lanaudière
 14-54 Regroupement de citoyens de Lanaudière
 14-34 Regroupement des buandiers privés
 14-39 Regroupement des Centres d'action bénévole de Lanaudière (**RCABAL**)
 14-22 Regroupement des milieux résidentiels d'hébergement des Basses-Laurentides
 14-52 Service d'accompagnement Montcalm-Matawinie
 14-47 Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique (**SQTRP**)
 14-07 Syndicat professionnel des diététistes du Québec (**SPDQ**)

14-33	Table de concertation régionale des Associations de personnes handicapées de Lanaudière (TCRAPHL)
14-28	Table régionale des centres de femmes de Lanaudière, Centre de F.A.M. Des Moulins (Femme Action dans son Milieu)
14-50	Table régionale des organismes communautaires (TROCL) de Lanaudière
14-25	Transport adapté, secteur Berthier
Total : 45	

Mémoires individuels, Région 14 Lanaudière

14-04 ; 14-14 ; 14-23 ; 14-32 ; 14-36 ; 14-41 ; 14-48 ; 14-49 ; 14-51 ; 14-55 ; 14-56
Total : 11

Mémoires collectifs, Région 15 Laurentides

15-01	Association des médecins omnipraticiens (AMOQ) des Laurentides-Lanaudière
15-02	Centre de réadaptation (CRDP) Le Bouclier
15-03	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle
15-04	Centre hospitalier (CH) Laurentien
15-05	CLSC Arthur-Buies, Regroupement des CLSC et CHSLD des Laurentides
15-07	Commission Infirmière Régionale (CIRL) des Laurentides
15-08	Commission médicale régionale (CMR) des Laurentides
15-09	Conseil des partenaires du Bassin sud des Laurentides
15-10	Conseil régional de développement (CRD) des Laurentides
15-11	Conseil régional (CSN)
15-12	Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ-LL) Laurentides-Lanaudière
15-14	RRSSS des Laurentides, Direction de la santé publique
15-17	Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL)
15-16	Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CI SC et en centre de santé (RQIIAC)
15-18	Réseau des femmes (RF) des Laurentides
15-20	Société de l'autisme des Laurentides
15-06	Table de réflexion et d'action de retraités-es et d'ainé-es de la MRC Rivière-du-Nord
15-21	TCA-Québec
Total : 18	

Mémoires individuels, Région 15 Laurentides

15-13 ; 15-19
Total : 2

Mémoires collectifs, Région 16 Montérégie

16-02	Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (ASSSM)
16-03	Association des Auxiliaires Familiales et Sociales du Québec (AAFSQ)
16-26	Association des hôpitaux du Québec (AHQ) Conférence régionale des hôpitaux de la Montérégie

- 16-04 Association des médecins omnipraticiens (**AMOQ**) de Richelieu – St-Laurent
- 16-05 Association des médecins omnipraticiens (**AMOQ**) d'Yamaska
- 16-07 Association féminine d'éducation et d'action sociale (**AFÉAS**) région Richelieu-Yamaska
- 16-06 Association féminine d'éducation et d'action sociale (**AFÉAS**) région St-Jean – Longueuil – Valleyfield
- 16-08 Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (**APTMQ**)
- 16-01 Associations de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (**APAMM**)
- 16-10 Carrefour des Organismes communautaires du Suroît
- 16-11 Centres Butters Savoy et Horizon
- 16-12 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (**CAAP**) Montérégie
- 16-09 Groupe de citoyens concernés et engagés d'association de défense des droits des personnes handicapées
- 16-34 Hôtel-Dieu de Sorel (**CH**)
- 16-13 Centres jeunesse de la Montérégie
- 16-14 Centre Terre d'Émeraude, services en soins palliatifs
- 16-15 Chambre de Commerce de la région d'Acton
- 16-16 Chateauguay Valley English-Speaking Peoples Association (**CVESPA**)
- 16-18 **CHSLD** privés autofinancés du territoire de la Montérégie
- 16-19 **CLSC-CHSLD** de la Vallée-du-Richelieu
- 16-20 **CLSC-CHSLD** des Maskoutains
- 16-22 **CLSC-CHSLD** La Pommeraie, l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, MRC Brome-Missisquoi, CLD Brome-Missisquoi
- 16-21 **CLSC** du Havre
- 16-32 **CLSC** Huntingdon, Hôpital Barrie Memorial et **MRC** du Haut-Saint-Laurent
- 16-23 **CLSC** Longueuil-Ouest
- 16-24 Comité EHDAA et Comité de parents de la Commission scolaire de la Vallée-des-Tisserands
- 16-25 Comité régional des infirmières et infirmiers (**SPIIQ**) de la Montérégie
- 16-27 Conseil central (**CSN**) de la Montérégie
- 16-29 Corporation du développement communautaire (**CDC**) Vaudreuil-Soulanges
- 16-28 (**FTQ**) Conseil régional Montréal métropolitain
- 16-45 La Tribune de Hemmingford Chronicle
- 16-36 Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie
- 16-37 Regroupement des Organismes Montérégiens d'Aidants Naturels (ROMAN)
- 16-38 Regroupement des usagers du Transport Adapté du Haut-Richelieu (RUTAHHR)
- 16-39 Réseau-Santé (**RS**) Richelieu-Yamaska
- 16-42 Syndicat professionnel des Centres jeunesse et l'Association du Personnel des Centres d'Accueil de la Montérégie
- 16-43 Syndicat professionnel des diététistes du Québec (**SPDQ**)
- 16-44 TCA-Québec
- 16-46 Un Coin Chez Nous 1983 inc. de la MRC Haut-Saint-Laurent

Total : 39

Mémoires individuels, Région 16 Montérégie

16-17 ; 16-30 ; 16-31 ; 16-33 ; 16-35 ; 16-40 ; 16-41

Total : 7

APPENDICE II

LISTES DES ORGANISMES REPRÉSENTÉS AUX AUDIENCES RÉGIONALES

Action-Santé-Services sociaux Lanaudière	14-40
Alliance professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (APIIAQ)	13-01 ; 14-01
Alliance québécoise des Regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées (AQRIPH)	01-10
Association coopérative d'économie familiale (ACEF)	13-03
Association de Laval pour la déficience intellectuelle	04-44
Association des aidants(es) naturels(les) du Bassin Maskinongé Mains tendres	05-19
Association des alternatives en santé mentale de la Montérégie (AASMM)	16-02
Association des auxiliaires familiales et sociales du Québec (AAFSQ)	01-11 ; 02-10 ; 12-02 ; 13-04 ; 14-09 ; 16-03
Association des CLSC et des CHSLD du Québec	12-08
Association des commissions scolaires de la Côte-Nord (ACSCN)	09-12
Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux	01-13
Association des médecins gériatres du Québec (AMGQ)	01-14 ; 12-01 ; 13-05 ; 14-08
Association des médecins omnipraticiens (AMOQ)	03-19 ; 12-06 ; 13-06 ; 14-43 ; 15-01 ; 16-04 ; 16-05
Association des optométristes du Québec (AOQ)	14-11
Association des résidences pour retraités du Québec (ARRQ)	04-64 05-20
Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (AREQ)	14-42
Association des travailleuses et travailleurs en maintien à domicile du Québec	14-24
Association du cancer de l'Est du Québec	01-15
Association du Québec pour l'intégration sociale	01-16
Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS)	01-08 ; 01-09 ; 01-71 ; 03-17 ; 04-40 ; 12-27 ; 16-06 ; 16-07
Association générale des insuffisants rénaux (AGIR)	01-17
Association PANDA de la MRC de l'Assomption	14-31
Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ)	01-18 ; 03-23 ; 05-01 ; 07-36 ; 12-04 ; 13-07 ; 14-12 ; 16-08
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR)	02-03 ; 04-02 ; 05-36 ; 08-23 ; 13-08 ; 14-53
Associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (APAMM) de la Montérégie	16-01
Bureau de consultation jeunesse	13-09
Cancer-Aide Lanaudière	14-18
Carrefour des organismes communautaires du Suroît	16-10
Carrefour Normandie St-Tite inc.	04-32
CEGEPs	01-24 ; 12-23 ; 13-18

Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS)	01-05 ; 04-60 ; 07-27 ; 12-28 ; 13-12 ; 14-02
Centre d'Action Bénévole (CAB)	04-30 ; 09-03 ; 09-17
Centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire	01-54
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	12-30
Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec	04-62
Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle	15-03
Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup	01-53
Centres hospitaliers universitaires (CHU)	03-16 ; 05-39
Centre Jellinek de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes	07-29
Centre le Havre de Trois-Rivières	04-20
Centres locaux de développement (CLD)	01-57 ; 01-61 ; 02-01
Centre mitissien de santé et des services communautaires	01-07 ; 01-66 ; 01-69
Centre régional de réadaptation la Ressource	07-28
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James	10-01
Centre Terre d'Émeraude	16-14
Centres Butters-Savoy et Horizon	16-11
Centres d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP)	01-22 ; 04-60 ; 07-27 ; 12-28 ; 13-12 ; 14-02
Centres de femmes (CF)	04-61 ; 09-19 ; 13-15 ; 14-28
Centres de réadaptation en déficience physique (CRDP)	04-03 ; 05-24 ; 12-31 ; 13-13 ; 14-37 ; 14-38 ; 15-02
Centres de santé (CS)	04-35 ; 09-01 ; 09-05 ; 09-08 ; 12-32 ; 12-33 ; 13-14
Centres hospitaliers (CH)	01-02 ; 07-01 ; 07-17 ; 08-06 ; 12-34 ; 12-35 ; 15-04 ; 16-34
Centres hospitaliers et d'hébergement et de soins de longue durée de Matane	01-04
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	01-56 ; 04-46 ; 09-07 ; 13-16 ; 14-05
Centres jeunesse	01-06 ; 04-11 ; 04-43 ; 05-32 ; 07-10 ; 12-36 ; 14-27 ; 16-13
CH CHSLD de Papineau	07-26
CH CLSC CHSLD Gatineau Memorial	07-21
CH CHSLD CLSC	02-12 ; 05-17 ; 05-34
Chambres de commerce	05-04 ; 16-15
Chateauguay Valley English-Speaking Peoples Association (CVESPA)	16-16
CHSLD	04-29 ; 4-16 ; 16-18 ; 03-05
Clinique d'optométrie de Métabetchouan	02-13
CLSC CH CHSLD des Forestiers	07-23
CLSC CHSLD	01-5503-20 ; 07-02 ; 07-11 ; 09-14 ; 14-13 ; 16-19 ; 16-20 ; 16-22
Centres locaux de services communautaires CLSC	01-58 ; 01-59 ; 02-09 ; 03-07 ; 03-09 ; 04-19 ; 04-48 ; 04-68 ; 07-05 ; 08-08 ; 14-17 ; 15-05 ; 16-21 ; 16-23 ; 16-32

Coalition de groupes syndicaux (CSN) et de groupes de défense de droits	07-18 14-26
Coalition des citoyens et citoyennes tanné-es d'attendre	05-10
Collège Védique Maharishii	
Comité de parents de la Commission scolaire de la Vallée-des-Tisserands	16-24 09-21
Comité de sauvegarde du Foyer de Havre St-Pierre	07-24
Comité Logemen'Occupe de l'Outaouais	
Comité provisoire de la coopération de solidarité de santé Beauce-Sartigan	12-41
Comités des usagers du Carrefour de santé et des services sociaux de la Mauricie	01-62 ; 04-13 ; 07-19 ; 12-37 07-37
Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux	
Commission de programmation et d'organisation des services de la régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière	14-20 08-13 ; 09-04 ; 15-07
Commission infirmière régionale (CIR)	01-63 ; 04-04 ; 07-13 ; 12-09 ;
Commissions médicales régionales (CMR)	14-45 ; 15-08 01-64 ; 07-16 ; 12-40 ; 13-19 ;
Commission... scolaires	13-20 ; 14-15 05-40
ConcertAction Femmes-Estrie	
Concertation de six établissements du réseau sociosanitaire de la Côte-Nord	09-14
Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue (CROC-AT)	08-14 04-27 ; 05-33 ; 14-35
Conférence des CLSC et CHSLD	12-38
Conférence des préfets de la MRC de Chaudière-Appalaches	04-45 ; 05-30 ; 07-34 ; 08-21 ;
Conférence régionale des hôpitaux et des centres de santé (AHQ)	12-07 ; 12-39 ; 14-10 ; 16-26 01-70 ; 02-11 ; 03-15 ; 04-28 ;
Conseil Central (CSN)	05-05 ; 08-25 ; 09-09 ; 10-03 ; 12-12 ; 13-21 ; 14-30 ; 15-11 ; 16-27 09-16
Conseil de Bande de Betsiamites	07-40
Conseil des coopératives de l'Outaouais	
Conseil des directeurs de santé publique de la Conférence des régions régionales de la santé publique et des services sociaux du Québec	12-16
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	01-65
Conseil des médecins dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	08-04
Conseil des partenaires du Bassin sud des Laurentides	15-09
Conseil du statut de la femme	12-47 ; 14-21
Conseil multidisciplinaire du centre d'hébergement et de services communautaires de l'Estuaire	01-67
Conseil québécois d'Agrément d'établissements de santé et de services sociaux	12-48
Conseil régional de concertation et de développement (CRCD)	04-50 ; 12-10
Conseil régional des infirmières (CRIL)	14-44
Conseils régionaux de développement (CRD)	05-12 ; 08-16 ; 13-22 ; 15-10
Coopérative de soutien à domicile de Laval	13-31
Corporation de développement communautaire (CDC)	05-11 ; 12-11 ; 13-24 ; 16-29

Corporation de développement de ressources Holland (Centre Holland)	03-04
Corporation Jonquière-Médic	02-06
Corporation l'Alliance des générations inc.	08-22
Corporations de transport adapté du KRTB	01-73
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	04-12 ; 04-16
EKI-LIB Santé Côte-Nord	09-02
Entreprises d'économie sociale en aide domestique du Québec (REÉSAJQ)	04-22
Épilepsie Mauricie/Centre-du-Québec	04-55
Établissements régionaux de l'Outaouais	07-32
Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ)	01-34 ; 02-02 ; 13-26
Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FÉEPEQ)	01-12 ; 03-12 ; 04-25 ; 05-09
Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)	13-27
Fédération des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (FIIAQ)	01-35 ; 05-23 ; 07-33 ; 12-13
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)	01-36 ; 03-18 ; 13-28
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)	01-45 ; 03-08 ; 04-06 ; 05-06 ; 07-07 ; 08-17 ; 12-14 ; 13-23 ; 14-03 ; 15-12 ; 16-28
Fédération pour personnes handicapées du KRTB	01-37
Fondation des centres universitaires de santé de l'Estrie	05-14
Fondation intégration de Laval	13-29
Groupe d'étudiantes et étudiants du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	08-20
Groupe d'entraide La Lanterne	04-59
Groupe de citoyennes et de citoyens	01-38 ; 02-07 ; 16-09
Halte Bois-Francs	04-24
Hôpital Sainte-Croix	04-34
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	04-63
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	03-11
Institut de recherche sur l'éthique et la régulation sociale et du Groupe de recherche Ethos de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)	01-39
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	05-29
Jeffery Hale Hospital, Québec	03-21
La Ruche Aire Ouverte Inc	04-66
La Tribune de Hemmingford Chronicle	16-45
La Vallée des Roseaux (Baie-Comeau)	09-24
Le Traversier, service d'entraide en santé mentale	04-52
Les Parents Partenaires	04-31
Loisir et Sports et Kino-Québec, Côte-Nord	09-22
Maison de la famille de l'Ouest	09-22
Maisons des jeunes	01-28 ; 04-14 ; 05-42
Mères-veilleuses de Laval	13-33
Mouvement Action communautaire (MAC)	01-41
Mouvement Des Personnes d'Abord de Drummondville	04-15
Mouvement estrien pour le français	05-15
Municipalités	08-01 ; 14-46

Municipalités régionales de Comté (MRC)	01-03 ; 01-25 ; 04-26 ; 04-42 ; 07-06 ; 12-20 ; 14-19
Naissance-Renaissance Outaouais	07-14
Ordre régional des infirmières et des infirmiers (ORIIQ)	01-51 ; 03-14 ; 07-03 ; 12-21
Outaouais Alliance	07-31
Pastorale sociale du diocèse de Rimouski	01-60
Pleins Droits de Lanaudière	14-29
Programme de prévention des abus commis envers les enfants	04-33
Réalité inc.	07-04
Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS)	04-47 ; 05-02 ; 15-14
Regroupement d'organismes de Promotion pour Personnes Handicapées, région Mauricie	04-53
Regroupement d'organismes de santé Côte-Nord	09-06
Regroupement de citoyens de Lanaudière	14-54
Regroupement des associations des personnes handicapées (RAPH)	01-29 ; 12-22
Regroupement des buandiers privés	14-34
Regroupement des centres d'action bénévole (RCAB)	01-27 ; 14-39
Regroupement des CHSLD privés et autofinancés de Laval	13-39
Regroupement des CLSC /Centres de santé et CHSLD	08-24 ; 12-24 ; 13-40 ; 16-36
Regroupement des comités d'usagers de l'Outaouais	07-12
Regroupement des comités d'usagers des 4 CLSC-CHSLD de Laval	13-41
Regroupement des cuisines collectives de Francheville	04-56
Regroupement des milieux résidentiels d'hébergement des Basses- Laurentides	14-22
Regroupement des organismes communautaires (ROC)	03-22 ; 05-37 ; 07-09 ; 15-17
Regroupement des organismes de base en santé mentale Mauricie- Centre du Québec	04-37
Regroupement des Organismes de Maintien à Domicile de l'Estrie (ROMADE)	05-35
Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval	13-42
Regroupement des organismes en santé mentale et alternatifs en santé mentale de la Côte-Nord	09-23
Regroupement des organismes montréalais d'Aidants Naturels (ROMAN)	16-37
Regroupement des personnes aidantes naturelles du Rouyn-Noranda régional	08-10
Regroupement des ressources communautaires en santé mentale de l'Estrie	05-38
Regroupement des ressources intermédiaires de Laval (R.R.I.L.)	13-43
Regroupement des Usagers du Transport Adapté du Haut-Richelieu (RUTAH)	16-38
Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé des Laurentides	15-16
Regroupement régional des établissements membres de l'association des CLSC et CHSLD du Québec	01-30
Regroupement Saguenay-Santé	02-05
Regroupements des femmes (RF)	03-03 ; 08-18 ; 09-10 ; 12-25 ; 15-18
Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores boréales	08-02
Réseau des services en déficience intellectuelle	07-08

Réseau Santé (RS)	01-31 ; 01-32 ; 16-39
Re-Source Familles	01-33
Servir + Soins et Soutien à Domicile Inc.	01-42
Service d'accompagnement Montcalm-Matawinie	14-52
Service d'aide aux Néo-Canadiens inc.	05-21
Services correctionnels de l'Outaouais	07-30
Société Alzheimer	12-26
Société canadienne de la médecine rurale (Chapitre québécois)	07-20
Société de l'autisme	13-44 ; 15-20
Société nationale de l'Est du Québec (SNEQ)	01-43
Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique (SQTRP)	12-42 ; 14-47
Soutien à domicile Des-Chenaux	04-09
Syndicat canadien de la fonction publique (CUPE-SCFP) Conseil provincial des affaires sociales région Bas-Saint-Laurent-Gaspésie/Côte-Nord	01-68
Syndicat des infirmières et infirmiers du Québec (SINEQ)	01-44 ; 01-47 ; 02-15 ; 04-17 ; 09-11 ; 10-02 ; 13-47
Syndicat national de l'automobile, de l'aérospatiale, du transport et des autres travailleurs et travailleuses du Canada (TCA)	03-02 ; 04-01 ; 12-45 ; 13-49 ; 15-21 ; 16-44
Syndicat professionnel des centres jeunesse	16-42
Syndicat professionnel des diététistes du Québec (SPDQ)	01-46 ; 04-23 ; 05-08 ; 07-39 ; 12-43 ; 13-45 ; 14-97 ; 16-43
Syndicat professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (SPIIQ)	04-05 ; 04-49 ; 05-07 ; 10-06 ; 12-44 ; 16-25
Syndicats des infirmières et infirmiers du CHVO Pavillon de Hull	07-15
Systèmes médicaux	13-46
Table de concertation contre l'abus-violence envers les aînés de Laval	13-48
Table de concertation des groupes de femmes (TCGF)	01-49 ; 02-04 ; 04-41 ; 04-51
Table de concertation MRC Rouyn-Noranda	08-15
Table de concertation régionale des associations de personnes handicapées de Lanaudière	14-33
Table de réflexion et d'action de retraité-es et d'aîné-es de la MRC Rivière-du-Nord	15-06
Table des centres de réadaptation à vocation régionale	05-31
Table multisectorielle de la Famille du BSL	01-50
Table régionale des organismes communautaires (TROC)	02-14 ; 04-38 ; 09-13 ; 12-03 ; 14-50
TCA : (voir : Syndicat national de l'automobile, de l'aérospatiale, du transport et des autres travailleurs et travailleuses du Canada)	
Transport adapté secteur Berthier	14-25
Transport spécialisé et médical de l'Outaouais	07-22
Un coin chez nous 1983 inc.	16-46
Unité régionale de loisirs et de sports du BSL	01-48
Université de Sherbrooke	05-13 ; 05-41
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)	04-39
Villesi	01-52 ; 04-21 ; 05-03 ; 05-22 ; 12-46 ; 13-50
Voice of English Quebec	03-06

Citoyens

01-01 ; 01-19 ; 01-20 ; 01-21 ; 01-23 ; 01-26 ; 01-40 ; 01-72
02-08 ; 02-16
03-01 ; 03-10 ; 03-13 ;
04-07 ; 04-08 ; 04-10 ; 04-18 ; 04-36 ; 04-54 ; 04-65 ; 04-67
05-16 ; 05-18 ; 05-25
07-25 ; 07-35 ; 07-38
08-03 ; 08-05 ; 08-07 ; 08-09 ; 08-11 ; 08-12
09-15 ; 09-20
10-05
12-05 ; 12-15 ; 12-17 ; 12-18 ; 12-19
13-02 ; 13-10 ; 13-11 ; 13-17 ; 13-25 ; 13-30 ; 13-32 ; 13-34 ; 13-35 ; 13-36 ; 13-37 ; 13-38
14-04 ; 14-14 ; 14-23 ; 14-32 ; 14-36 ; 14-41 ; 14-48 ; 14-49 ; 14-51 ; 14-55 ; 14-56
15-13 ; 15-19
16-17 ; 16-30 ; 16-31 ; 16-33 ; 16-35 ; 16-40 ; 16-41

APPENDICE III

EXTRAITS DE TEXTES RÉVÉLATEURS DE L'APPARTENANCE AU TERRITOIRE ET DE L'APPARTENANCE À L'HISTOIRE

Représentation du territoire géopolitique national (Niveau 1)

[...] pour que le Québec retrouve enfin son équilibre... (01-09, p. 3).

Nous pouvons ensemble régler une bonne partie des problèmes que nous connaissons en santé au Québec. (01-37, p. 7).

[...] la réorganisation du système [...] indispensable pour le citoyen... (01-38, p. 3).

Il est urgent pour le gouvernement du Québec d'investir... (01-48, p. 2).

Les réductions budgétaires ont eu pour conséquence l'alourdissement des tâches... (01-70, p. 3).

[...] seul un véritable réseau de santé et de services sociaux public accessible, universel et gratuit est en mesure de servir adéquatement la population québécoise. (01-70, p. 22).

Pour développer le Québec il faut investir dans la santé. (02-11, p. 5).

[...] des trois grandes maladies qui affligent les Québécois, la bureaucratite, la commissionite et la comitite ! (03-02, p. 3).

[...] parmi les chefs de file sur le plan provincial... (03-11, p. 1).

Nous faisons donc appel au MSSS... (03-12, p. 10).

[...] du réseau de la santé et des services sociaux. (03-15, p. 1).

[...] solutions proposées pour rendre nos services de santé et de services sociaux adaptés aux nouvelles problématiques et aux besoins spécifiques des femmes et de la population québécoise. (03-17, p. 1).

[...] les débats qui ont eu cours sur le système de santé afin d'en défendre les assises fondamentales... (03-23, p. 2).

L'objectif premier est une population en meilleure santé mentale et sociale... (04-06, p. 4).

Le partenariat public-privé permettrait à la fois de soulager les salles d'urgence et de faire diminuer le taux d'occupation des lits d'hôpitaux... (04-64, p. 1).

[...] les performances lui procurent un rayonnement sur les plans national et international. (05-03, p. 5).

[...] les gouvernements successifs n'ont pas eu le courage politique de s'y attaquer. (05-06, p. 5).

Il faut arrêter de penser que l'État ne peut pas se payer ça. (05-36, p. 9).

Que la Loi sur les services de santé et de services sociaux soit amendée... (05-41, p. 1).

Seul un système national de SSS peut assurer que toute personne reçoive les soins auxquels elle a droit. (08-25, p. 5).

Que les choix de services privatisés tiennent compte que les personnes âgées n'ont pas été préparées à ce désengagement de l'État... (12-01, p. 11)

[...] il faudra que le gouvernement étudie sérieusement cette question plus à fond. (12-42, p. 22).

Nous pensons que pour préserver notre système avant même de retourner vers la population, les gouvernements doivent d'abord modifier leur contrat social tant avec les médecins qu'avec les compagnies pharmaceutiques. (13-09, p. 4).

[...] plusieurs moyens qui pourraient baisser le coût des soins et améliorer la qualité, très rarement utilisées dans notre pays... (13-14, p. 1).

[...] élargissement de la délégation d'actes [...] utilisation plus rationnelle de ces diplômées [...] une solution permettant de combler des besoins de santé de la population québécoise. (13-20, p. 1).

[...] le MSSS peut-il se permettre d'ignorer... (13-29, p. 14).

Le gouvernement respecte t'il (sic) ses engagements? (13-33, p. 1).

L'amélioration de la qualité de vie et de la santé doivent (sic) le dessein de la nation. (13-42, p. 19).

La volonté est nécessaire à une réelle réorganisation du réseau puisqu'il est l'agent payeur. (13-48, p. 11).

Nous demandons au MSSS de revoir les politiques concernant les sommes versées pour le transport. (14-25, p. 1).

Placer le client au centre de nos préoccupations commence par un système d'allocation des ressources sensible aux mouvements de la population. (14-27, p. 4).

[...] il faut que le Gouvernement ait le courage politique d'empêcher que le Québec ne devienne une copie de l'Alberta, de l'Ontario ou des États-Unis. (14-30, p. 8).

Nous proposons que le Ministère [...] politique claire... (14-34, p. 14).

Remettre à l'avant plan les principes énoncés dans la PSBE [...] réformer la fiscalité... (14-50, p. 9).

Il apparaît primordial et essentiel que le discours ministériel [...] soit plus intégrateur et positif. (15-01, p. 6).

[...] la volonté d'aller de l'avant se manifeste par un leadership et un courage politique chez les décideurs. (15-07, p. 11).

Nous saluons les instances qui auront le courage politique de remettre en question la santé comme symbole de justice sociale. (15-08, p. 9).

[...] ni les normes du travail, ni le Code du travail ne prévoient d'avantages spécifiques à l'intention des salariés qui doivent dispenser des soins à leurs proches. (16-06, p. 5).

Le défi pour l'avenir commande que le Québec se dote d'une vision ... (16-22, p. 2).

Représentation du territoire géopolitique administratif (Niveau 2)

[...] les régies régionales doivent s'assurer que les services interrégionaux soient existants et efficaces. (01-07, p. 4).

[...] stratégie de rétention du savoir en région. (01-15, p. 15).

[...] les lacunes peuvent être réglées ou atténuées avec un minimum de communication et de considération des disparités régionales. (01-27, p. 5).

[...] notre région aurait intérêt à développer des spécialités... (01-44, p. 4).

[...] il faut absolument éliminer les disparités régionales. (01-50, p. 9).

[...] nos façons de faire, nos expériences régionales et nos succès organisationnels viennent orienter nos propositions... (01-53, p. 1).

Nous favorisons l'accès à des services de base régionaux... (02-03, p. 2).

[...] partenariat dynamique entre les régions régionales... (03-04, p. 2).

Pour mettre en place les solutions [...] des mécanismes régionaux de concertation et de consultation... (03-14, p. 8).

S'inscrire dans une vision [...] régionale à l'égard des différents niveaux de services. (03-16, p. 4).

[...] chacun des territoires de notre région. (03-19, p. 3).

[...] régionalisation pour permettre aux citoyens et aux citoyennes de s'impliquer réellement... (03-22, p. 15).

[...] régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ. (04-28, p. 2).

L'équité financière interrégionale constitue un élément majeur... (04-29, p. 2).

[...] la décentralisation de l'enveloppe de la RAMQ. (04-46, p. 8).

[...] tous les services primaires, secondaires et tertiaires d'un hôpital régional. (05-04, p. 8).

[...] le rêve de toute une région. (05-13, p. 4).

[...] accentuer la mise en place de réseaux de services intégrés dans toutes les régions. (05-29, p. 4).

[...] régionalisation des enveloppes RAMQ... (05-30, p. 3).

[...] deux éléments fondamentaux de restructuration: la régionalisation et la création de CHUS. (05-39, p. 3).

[...] régionalisation des budgets... (07-01, p. 9).

[...] région par région, établir des standards... (07-10, p. 10).

Ce budget devant tenir compte des services spécialisés [...] offerts dans ce territoire et des coûts des services surspécialisés [...] devant être obtenus régionalement. (07-26, p. 3).

[...] pour pouvoir pratiquer dans une région, un médecin devrait obtenir des privilèges régionaux assortis de l'obligation à contribuer au système régional... (07-34, p. 1).

[...] l'enveloppe RAMQ devrait être régionalisée. (07-37, p. 3).

[...] économie d'échelle au maintien d'une masse critique de spécialistes dans les centres responsables des vocations régionales. (08-04, p. 1).

[...] responsable régional de la mise en place d'un modèle de coordination des services en santé mentale. (08-06, p. 1).

[...] respecter le développement régional dans sa spécificité. (08-08, p. 6).

[...] que chacune des régions dispose des leviers financiers nécessaires pour procéder à l'achat de ces services pour sa population. (09-14, p. 12).

Les priorités régionales doivent être définies par les médecins [...] en fonction des ressources disponibles et des besoins locaux. (12-06, p. 10).

[...] important de maintenir l'existence autonome de la région sociosanitaire... (12-34, p. 1).

[...] décentraliser l'enveloppe RAMQ dans chaque région. (12-35, p. 9).

[...] que l'accès soit aussi une réalité en région... (12-37, p. 2).

Nous souhaitons que la R.R.S.S. augmente le niveau de ressources. (12-40, p. 3).

[...] reconnaissance des besoins identifiés sur une base régionale... (13-16, p. 15).

[...] reconnaissance du statut des régions... (13-18, p. 16).

[...] que la région soit reconnue... (13-22, p. 4).

[...] nous proposons des solutions à partir de la région... (13-50, p. 3)

Nous croyons en un réseau de soins et de services intégrés dans une région donnée... (14-05, p. 5).

[...] avoir des traitements de radiothérapie dans la région. (14-18, p. 1).

[...] doter chacune des régions d'un budget... (14-26, p. 3).

Les enfants de la région... (14-31, p. 20).

Non pas une régionalisation factice basée sur la transposition de modèles nationaux en région, mais bien une régionalisation confiante basée sur le respect de l'expertise développée en région, par et pour la population elle-même. (14-40, p. 3).

Si on cherche à régionaliser le règlement des problèmes, on devrait aussi régionaliser les outils, à savoir les budgets (RAMQ compris) et les effectifs. (14-43, p. 8).

[...] l'accès aux services en santé mentale demeure très réduit au niveau régional et supra régional, les « corridors » de services ne sont pas fonctionnels... (15-03, p. 4).

[...] nous osons croire que si certains enjeux et orientations sont déjà décidés sur le plan national, les mécanismes d'application seront suffisamment souples pour permettre une mise en œuvre harmonieuse et adaptée aux diverses propriétés rencontrées tant sur le plan régional que local... (15-04, p. 3).

[...] tendance nette de la population à vouloir obtenir des services près de chez elle, dans sa région... (15-09, p. 7).

Dans la région, il y des expériences d'optimisation qui fonctionnent bien... (15-11, p. 6).

[...] Créer des mesures qui optimiseront la participation de tous les omnipraticiens aux réseaux prioritaires, identifiés régionalement... (6-03, p. 3).

Où en est-on avec l'équité interrégionale? Où en est-on avec l'équité intra régionale? (16-42, p. 1).

Représentation du territoire géopolitique communautaire (Niveau 3)

Il serait bon de tenir compte des caractéristiques du milieu... (01-02, p. 6).

[...] stabilité du milieu familial... (01-06, p. 2).

[...] la situation est loin d'être facile pour les familles qui vivent les conséquences [...] du manque d'arrimage entre l'hôpital et le CLSC. (01-08, p. 6).

[...] ont pu être réadaptées et retournées dans la communauté. (01-14, p. 9).

[...] actuellement, les utilisateurs doivent s'adapter aux services [...] ce qui est contraire à une véritable recherche de réponse aux besoins exprimés par les utilisateurs. (01-16, p. 6).

Les institutions collégiales sont aussi des milieux de vie... (01-24, p. 5).

Le temps est venu de donner la chance aux jeunes de rayonner dans leur milieu... (01-28, p. 2).

Des services adaptés aux besoins des populations et le plus près possible de leur milieu de vie... (01-31, p. 3).

[...] l'accessibilité devrait être accrue pour les services de CLSC [...] doit rester sur une base de proximité... (01-32, p. 5).

[...] des gestes concrets centrés sur les réels besoins, tels que priorisés par la base... (01-33, p. 6).

[...] institutionnalisation d'une médecine communautaire... (01-43, p. 6).

[...] des services de base accessibles à la population de chaque territoire de MRC... (01-52, p. 4).

Projets d'économie sociale générateurs d'emplois formateurs, valorisants... (02-01, p. 2).

Les personnes âgées de chez nous... (02-05, p. 2).

Nous sommes prêts à participer à un effort collectif... (02-06, p. 6).

[...] territoire naturel, facile d'accès... (02-12, p. 5).

[...] offrent des services à domicile [...] se déplacent chez les personnes âgées... (02-13, p. 3).

[...] se montrer davantage redevables des communautés qu'ils desservent... (02-14, p. 5).

[...] les soins sont dispensés loin de leur domicile... (02-15, p. 8).

[...] un projet de partenariat exemplaire entre la communauté... (03-05, p. 2).

[...] les établissements et organismes qui sont issus de notre communauté... (03-06, p. 3).

[...] favoriser l'émergence d'un réseau d'entraide [...] la communauté sera davantage impliquée... (03-07, p. 9).

[...] les services doivent être offerts localement... (03-09, p. 2).

[...] caractéristiques socioéconomiques et sanitaires des communautés à desservir... (03-18, p. 5).

[...] le plus près possible des milieux de vie des personnes... (03-20, p. 4).

[...] des liens étroits avec cette communauté... (03-21, p. 2).

[...] dans chaque territoire de la région des services de première ligne pleinement développés. (04-01, p. 19).

[...] partenariat avec le service communautaire... (04-02, p. 5).

[...] autonomie et participation sociale des personnes ayant une déficience physique [...] dans son milieu. (04-03, p. 1).

[...] volonté des personnes âgées et des personnes en perte d'autonomie à demeurer à domicile. (04-09, p. 1)

[...] déploiement des services de base bien intégrés, faciles d'accès en tout temps et à proximité. (04-11, p. 1)

[...] mieux soutenir les familles et les aidantes naturelles [...] répondre plus rapidement et de façon plus humaine aux gens. (04-14, p. 1).

[...] présence et activité sociale au sein de la communauté... (04-15, p. 9).

[...] maintien le plus possible dans le milieu de vie de la personne... (04-16, p. 8).

[...] améliorer les services de base auprès de notre population... (4-19, p. 2).

[...] le milieu communautaire constitue le seul espoir de retrouver leur intégrité, de conquérir la reconnaissance des autres et une participation citoyenne réelle. (04-20, p. 2).

[...] le milieu de vie de plusieurs clientèles particulièrement sensibles à tout ce qui se passe dans le secteur de la santé... (04-21, p. 6).

[...] des services à domicile [...] CLSC, entreprises d'économie sociale, organisme communautaire et soutien aux « aidantes ». (04-22, p. 20).

[...] mieux soutenir la famille et ceux qui les aident « leurs proches »... (04-24, p. 1).

[...] exercice du pouvoir local [...] services primaires accessibles... (04-27, p. 2).

[...] renforcer les services de première ligne [...] équipe de base en CLSC... (04-31, p. 2).

Suite au virage ambulatoire, les familles et les aidants(es) naturelles (sic) ont davantage besoin de support [...] CLSC [...] organismes communautaires. (04-32, p. 2).

[...] solidariser les gens sur la base de leurs besoins [...] soutenir l'apport du mouvement communautaire... (04-33, p. 3).

[...] les modes d'organisation devront tenir compte de la réalité locale et y être adaptés. (04-34, p. 1).

[...] vivre pleinement au sein de la communauté [...] comme citoyen à part entière. (04-37, p. 6).

[...] l'habilitation d'autres professionnels qui suivent un patient à domicile dans une localité qui ne compte pas de ressources médicales. (04-39, p. 9).

[...] consultations pour faire avancer leurs conditions de vie et celles de leurs communautés. (04-40, p. 3)

[...] présence dans leur propre milieu des services de santé et services sociaux de base... (04-48, p. 20).

[...] cette petite communauté [...] a du investir [...] pour s'assurer les services d'un médecin à raison de trois jours par semaine. (04-50, p. 5).

[...] qui ont des racines dans le concret du vécu... (04-57, p. 1).

[...] adapté aux besoins de notre collectivité. (04-55, p. 3).

[...] nous avons besoin de recevoir des services de base requis [...] il s'agit de notre qualité de vie à tous... (04-59, p. 2).

[...] construire des lieux où les personnes vivant une situation d'exploitation peuvent se regrouper pour améliorer [...] leurs mauvaises conditions de vie [...] répondre aux besoins issus de la communauté. (04-66, p. 3).

[...] une vision interdisciplinaire et communautaire. (05-68, p. 5).

[...] l'ensemble des personnes de sa communauté... (05-02, p. 3).

[...] contribuant au maximum à la vie sociale... (05-10, p. 5).

[...] il va devenir insécurisant de vivre dans une MRC rurale. (05-11, p. 2).

[...] la présence de services généraux de santé est un facteur qui conditionne la qualité de vie des personnes qui vivent en milieu rural. (05-12, p. 5).

[...] élargir la première ligne et favoriser l'avant première ligne : promotion et prévention en milieu de travail, familles, école... (05-17, p. 5).

[...] maintien des personnes dans leur milieu naturel de vie et développement de ressources intégrées dans la communauté. (05-24, p. 4).

[...] financement [...] décentralisé à l'échelle locale [...] assure une cohérence dans les décisions que nous sommes appelés à prendre localement en matière d'organisation de soins et de services médicaux. (05-34, p. 8).

Les organismes communautaires [...] chiens de garde d'une éthique sociale basée sur les valeurs de justice et d'équité pour la meilleure utilisation possible d'un bien collectif. (05-37, p. 2).

Une nouvelle structure organisationnelle devrait tenir compte de la spécificité du milieu communautaire [...] intégrer l'apport du milieu communautaire... (05-38, p. 1).

[...] culture propre aux résidents... (07-02, p. 4).

L'utilisateur qui habite loin d'un grand centre urbain se déplace beaucoup trop vers les services. (07-03, p. 6).

[...] avoir au plan local une organisation qui assure la coordination et l'intégration des services de soutien à domicile... (07-05, p. 6).

[...] aire d'autonomie extrêmement réduite au niveau local. (07-06, p. 7).

[...] soutien à l'entourage et à la communauté... (07-08, p. 2).

[...] intérêt à approcher le milieu [...] pour établir une base de discussion en lien avec la réalité quotidienne... (07-09, p. 2).

[...] initiative locale [...] réussite qui nous indique que ceux-ci (les CLSC) jouent un rôle pivot dans leur communauté. (07-11, p. 1).

[...] milieux familiaux... (07-12, p. 3).

Les familles se débattent seules... (07-14, p. 2).

[...] prise en charge du milieu... (07-16, p. 7).

Les services en santé mentale doivent se donner dans la communauté le plus près possible du lieu d'habitation de la personne. (07-17, p. 5).

[...] former une coalition publique communautaire... (07-18, p. 14).

[...] ne pas appauvrir davantage le milieu rural... (07-20, p. 3).

[...] sur notre MRC... (07-23, p. 17).

[...] pouvoir compter sur une ressource du milieu... (07-30, p. 5).

Préoccupés par la santé de leur communauté, des leaders locaux se sont mobilisés afin de trouver des solutions au problème d'accessibilité aux services de santé sur leur territoire. (07-40, p. 12).

[...] organisation locale en juxtaposition avec les mandats des organismes du milieu... (08-01, p. 7).

[...] l'isolement géographique de certaines communautés [...] la population serait au centre des soins de santé et pourrait y jouer un rôle actif. (08-13, p. 4).

[...] la recherche de solutions novatrices dans le milieu... (08-14, p. 12).

[...] cette forme de pouvoir local sur la santé et le bien être, c'est d'abord et avant tout une « démocratie » à construire à la base entre les principaux acteurs et la population d'un territoire de CLSC, d'une MRC. (08-15, p. 26).

[...] pour développer un tissu social sain [...] redonner du pouvoir aux citoyens et citoyennes sur leur vie... (08-18, p. 7).

L'organisation des services de santé et services sociaux est liée de très près au bien-être de l'ensemble de la communauté dans laquelle nous vivons... (08-20, p. 3).

[...] 17 communautés humaines [...] accessibilité de services dans leur milieu. (09-01, p. 2-3).

[...] qui répondent aux besoins de la communauté... (09-02, p. 4).

[...] de comprendre les problématiques vécues par les gens de leur localité et de les aider... (09-03, p. 3).

[...] une réelle décentralisation des pouvoirs [...] obligation de rendre compte tant aux instances gouvernementales qu'à la communauté qu'elle dessert... (09-04, p. 6).

[...] une communauté locale dynamique [...] solution organisationnelle originale privilégiée par le milieu... (09-05, p. 2-3)

[...] organisation territoriale (MRC) sous autorité unique... (09-07, p. 3).

[...] capitation sur une base locale par territoire de MRC. (09-08 p. 7).

En tant qu'institutions locales du réseau public des services de santé et services sociaux, les CLSC doivent être replacés au centre de l'organisation des services de première ligne et participer à la coordination des services médicaux. (09-09, p. 7).

Leur contribution en matière de services à la communauté est essentielle... (09-11, p. 6).

Nous avons besoin de soins infirmiers en milieu scolaire [...] dans les écoles de quartier ou de village... (09-12, p. 6).

[...] répondant aux besoins identifiés par la communauté et dans la mesure de l'implication de la communauté à se prendre en main... (09-13, p. 8).

[...] divergences entre l'application de la Loi [...] et la réalité de la communauté. (09-16, p. 8).

[...] un plus petit milieu servira à la connaissance plus poussée des problématiques et des besoins exprimés par les usagers. (09-18, p. 2).

Il faut que le pouvoir central soit réparti vers les décideurs locaux. (09-18, p. 8).

L'étendue du territoire et la faible densité de la population rendent difficiles l'organisation de services adéquats dans chacun des milieux. (09-21, p. 1).

[...] connaissance du milieu, de ses ressources, de ses besoins, des priorités. Donc une utilisation maximale des ressources du milieu pour répondre aux besoins du milieu. (09-24, p. 3).

[...] le mieux être de notre collectivité. (10-01, p. 1).

[...] le déploiement de services de base bien intégrés, faciles d'accès et à proximité. (10-04, p. 8).

[...] conception de la personne comme un tout amène les organismes communautaires à refuser la logique du « continuum de services » pour privilégier le « continuum de vie »... (12-03, p. 6).

Le CLSC est une institution qui, dans bon nombre de quartiers ou de localités, est perçu comme un lieu intégré à la communauté... (12-08, p. 7).

[...] dispenser les services le plus près possible du milieu de vie des citoyens. (12-09, p. 2).

[...] les acteurs locaux et régionaux ne sont-ils pas les mieux placés pour établir la meilleure desserte de services possible compte tenu, justement de leur connaissance du territoire et des besoins de la population. Existe un lien direct entre l'accessibilité aux services de santé et de services sociaux et le développement social et économique des communautés. (12-10, p. 5).

[...] s'inspire des réflexions faites par les organismes de la base. (12-11, p. 4).

[...] des mesures qui décentralisent les services médicaux, les rapprochent des populations locales et favorisent l'autonomie des gens en matière de santé. (12-12, p. 5).

[...] un territoire à l'échelle humaine, c'est à ce niveau que la population peut le mieux faire les pressions nécessaires pour le développement des services dont elle a besoin. (12-14, p. 17).

[...] initiatives en réponse aux besoins des communautés locales. (12-16, p. 36).

Le modèle [...] doit être mis en place le plus près possible du milieu de vie de la personne, c'est-à-dire par territoire de MRC. (12-24, p. 6).

[...] la communauté dans laquelle vit la personne... (12-30, p. 9).

Si l'on veut fermer nos villages et concentrer nos populations à moyen et long terme en milieu urbain, il faut avoir l'honnêteté de le dire. (12-32, p. 6).

[...] l'approche préconisée devrait être celle d'une déconcentration des services le plus près possible des citoyens... (12-32, p. 9).

[...] les conditions sociales dans lesquelles vivent plusieurs familles... (12-36, p. 12).

[...] pour une meilleure équité intra-régionale, décentraliser au niveau local (MRC). (12-38, p. 4).

Les MRC constituent des milieux d'appartenance naturels qui cherchent à se doter des services de base nécessaires au maintien d'une bonne qualité de vie. (12-39, p. 8).

[...] s'adapter aux véritables besoins du milieu... (12-41, p. 2).

[...] évaluer la faisabilité des ces projets dans le milieu... (12-41, p. 3).

[...] bénéficier du support du milieu. (12-41, p. 7).

[...] une partie des solutions aux problèmes [...] doivent venir des communautés elles-mêmes. (12-48, p. 11).

[...] élaborer un système de réponse selon les besoins du milieu. (13-26, p. 2).

[...] implantation des services dans la communauté. (13-27, p. 5).

Tout citoyen a droit à une gamme complète de services intégrés et accessibles au bon moment, le plus près possible de son milieu de vie. (13-40, p. 1).

Il est important que chaque citoyen reçoive une gamme complète de services gratuits le plus près possible de son milieu de vie. (13-41, p. 4).

Leur connaissance du milieu, leur proximité des usagers et leur sensibilité à la réponse de demandes, les placent en première ligne pour offrir des service humains et efficaces. (13-44, p. 8).

[...] une accessibilité plus près de leur milieu de vie. (14-06, p. 3).

[...] touchant la qualité de vie des citoyens de chaque municipalité... (14-19, p.1).

C'est au niveau local ou sous-régional pour des services plus spécialisés qu'il est plus facile d'adopter une approche multidisciplinaire... (14-20, p. 2).

Les situations vécues par les personnes et par leurs proches... (14-33, p. 17).

[...] que les services soient donnés sur une base locale. (14-38, p. 10).

[...] sur la base de la pluralité des milieux de vie... (14-39, p. 9).

[...] l'importance des soins primaires [...] instance locale pour coordonner et concerter... (14-54, p. 5).

[...] ceux qui sont conscients de leurs responsabilités envers la communauté [...] selon les problématiques du milieu... (15-06, p. 5).

[...] rapprochement avec la communauté pour ces personnes en difficulté. (15-12, p. 11).

[...] une organisation à l'échelle humaine (CLSC)... (15-16, p. 7).

[...] maintenir et améliorer la capacité [...] des personnes d'agir dans leur milieu... (15-17, p. 4).

[...] rapprocher la population des lieux de décision [...] soutien aux mesures communautaires... (15-18, p. 8).

[...] plusieurs familles sont épuisées... (15-20, p. 1)

[...] sensibilisation provinciale et action locale... (16-01, p. 5).

[...] intégration de la personne de façon significative et durable dans la communauté par des activités thérapeutiques. (16-02, p. 3).

La santé au quotidien c'est vivre dans la communauté. (16-09, p. 3).

[...] reconnaître l'apport social des organismes communautaires... (16-12, p. 11).

[...] des racines profondes dans les communautés... (16-13, p. 3).

[...] pour desservir notre territoire (MRC)... (16-15, p. 2).

[...] soins de santé primaire [...] suivi de la clientèle [...] pour la maintenir dans son milieu naturel. (16-25, p. 6).

[...] par et pour les communautés où ils sont implantés. (16-27, p. 15).

[...] avec leur territoire à l'échelle humaine, les CLSC devraient être la porte d'entrée du système. (16-28, p. 11).

[...] la régionalisation jusqu'au niveau local des centres de décision. (16-29, p. 2).

[...] favoriser l'épanouissement et l'intégration professionnelle, culturelle, sociale et communautaire... (16-38, p. 5).

[...] un retour à la base nous semble nécessaire [...] le communautaire... (16-46, p. 6).

Représentation de l'histoire du système de santé (Niveau 1 contextuel)

Le secteur de la santé [...] subit présentement d'importants changements et donne lieu à une réorganisation majeure des ressources. (01-42, p. 2).

Il est urgent pour le gouvernement du Québec d'investir... (01-48, p. 2).

[...] prolifération des maisons privées logeant des personnes âgées [...] corriger la situation. (05-20, p. 4).

Il est impératif que des enveloppes spécifiques soient attribuées au transport... (07-22, p. 6).

[...] un véhicule adapté [...] pourrait être relié au service d'ambulance actuel... (12-26, p. 2).

Les subventions sont mal distribuées... (13-33, p. 1).

[...] bonifier les tarifs selon les groupes d'âge... (16-05, p. 6).

La réforme de la santé et des services sociaux du début des années 90 prétendait mettre le citoyen au centre des préoccupations et il n'est rien dans les faits. (01-27, p. 3).

Depuis trente ans, nous avons établi à maintes reprises des diagnostics. Plusieurs de ces recommandations de jadis sont encore d'actualité... (01-30, p. 7).

Depuis 1994-1995 de nombreuses consultations publiques ont eu lieu. Des mises en garde ont fusé de toutes parts afin d'éviter... (01-46, p. 2).

Les 5-6 dernières années ont amené des changements importants... (01-57, p. 3).

Toute réorganisation doit nécessairement s'appuyer [...] nous prôtons le maintien des services spécialisés actuels... (01-61, p. 3).

La réforme de la santé et les nombreuses coupures qui l'ont accompagnée ont laissé de nombreuses failles dans un système déjà en difficulté. (01-69, p. 1).

Nul doute que les outils requis pour une prise en charge humaine et respectueuse des patients ne sont pas tous aujourd'hui disponibles. (02-13, p. 3).

[...] corriger la situation actuelle, corriger le tir... (03-14, p. 5).

[...] autonomie personnelle et financière des femmes en péril... (03-17, p. 2).

[...] modifications apportées au réseau depuis quelques années [...] état d'instabilité important dans l'ensemble du réseau... (03-19, p. 2).

Toute restructuration devrait avoir à l'esprit les besoins spécifiques de cette communauté plutôt que de maintenir les doutes, l'incertitude. (03-21, p. 5).

[...] une pression sur la charge des aidants naturels [...] il faut reconnaître l'apport économique de ces personnes. (04-63, p. 7).

La modernisation des services de soutien [...] une réforme difficile qu'il importe cependant de mener à terme. (05-06, p. 5).

[...] préserver ce qui est en place et consolider les acquis... (05-31, p. 2).

Le Québec n'a ni la population ni les ressources [...] pour supporter 18 régions autonomes. (05-39, p. 6).

La réorganisation des services s'est fait sur le dos des femmes... (05-40, p.6).

Le DEC en soins infirmiers est insuffisant pour former les infirmières... (05-41, p. 2).

[...] quantité suffisante de médecins et de personnel... (07-20, p. 3).

[...] créa un lien plus direct établissements-ministère... (04-26, p. 3).

Pour garantir une contribution collective équitable des médecins [...] privilèges régionaux... (07-34, p. 1).

Nous n'avons pas encore, ou si peu, travaillé sur l'identification d'indicateurs mesurables. (08-08, p. 5).

Nous travaillons souvent avec des normes nationales qui ne tiennent pas compte des besoins réels de notre clientèle immédiate... (08-21, p. 3).

[...] approche per capita pondéré. (09-07, p. 4).

Le Québec ne dispose pas de réelles structures de moyen séjour... (12-01, p. 11).

[...] la réduction des journées d'hospitalisation s'est effectuée aux dépens des groupes sociaux plus défavorisés. (12-16, p. 9).

Redonner aux CLSC les moyens de fournir le « service »... (12-25, p. 2).

La petite enfance ne devrait-elle pas être une priorité... (12-40, p. 2).

[...] révision complète de l'entente MEQ-MSSS... (14-15, p. 6).

[...] l'accès aux services spécialisés de réadaptation [...] revoir toutes les normes de financement... (14-37, p. 13).

Le nouveau mode de rémunération forfaitaire [...] accentue la problématique d'accès. (15-08, p. 4).

[...] permettre à certains individus de pouvoir contribuer directement ou via une co-assurance [...] révision du panier de services [...] séparer la santé du social... (16-04, p. 4).

Représentation de l'histoire du système de santé (Niveau 2 réflexif)

Depuis quelques années le réseau des établissements connaît des transformations majeures, et ce, tant au niveau des structures que de ses approches [...] ce réseau doit encore être amélioré... (01-07, p. 13).

[...] concernés par cette clientèle fragile, la grande partie des solutions vont venir des gestionnaires de première ligne. (01-13, p. 11).

La réforme [...] du début des années 90 prétendait mettre le citoyen au centre des préoccupations et il n'est rien dans les faits. (01-27, p. 3).

Depuis trente ans, nous avons établi à maintes reprises des diagnostics. Plusieurs de ces recommandations de jadis sont encore d'actualité... (01-30, p. 7).

Depuis 1994-1995 de nombreuses consultations publiques ont eu lieu. Des mises en garde ont fusé de toutes parts afin d'éviter... (01-46, p. 2).

Les 5-6 dernières années ont amené des changements importants... (01-57, p. 3).

Toute réorganisation doit nécessairement s'appuyer [...] nous prôtons le maintien des services spécialisés actuels... (01-61, p. 3).

La réforme de la santé et les nombreuses coupures qui l'ont accompagnée ont laissé de nombreuses failles dans un système déjà en difficulté. (01-69, p. 1).

Nul doute que les outils requis pour une prise en charge humaine et respectueuse des patients ne sont pas tous aujourd'hui disponibles. (02-13, p. 3).

[...] corriger la situation actuelle, corriger le tir... (03-14, p. 5).

[...] autonomie personnelle et financière des femmes en péril... (03-17, p. 2).

[...] modifications apportées au réseau depuis quelques années [...] état d'instabilité important dans l'ensemble du réseau... (03-19, p. 2).

Toute restructuration devrait avoir à l'esprit les besoins spécifiques de cette communauté plutôt que de maintenir les doutes, l'incertitude. (03-21, p. 5).

[...] une pression sur la charge des aidants naturels [...] il faut reconnaître l'apport économique de ces personnes. (04-63, p. 7).

La modernisation des services de soutien [...] une réforme difficile qu'il importe cependant de mener à terme. (05-06, p. 5).

[...] préserver ce qui est en place et consolider les acquis... (05-31, p. 2).

Le Québec n'a ni la population ni les ressources [...] pour supporter 18 régions autonomes. (05-39, p. 6).

La réorganisation des services s'est fait sur le dos des femmes... (05-40, p. 6).

Le DEC en soins infirmiers est insuffisant pour former les infirmières... (05-41, p. 2).

[...] quantité suffisante de médecins et de personnel... (07-20, p. 3).

[...] créa un lien plus direct établissements-ministère... (04-26, p. 3).

Pour garantir une contribution collective équitable des médecins [...] privilèges régionaux... (07-34, p. 1).

Nous n'avons pas encore, ou si peu, travaillé sur l'identification d'indicateurs mesurables. (08-08, p. 5).

Nous travaillons souvent avec des normes nationales qui ne tiennent pas compte des besoins réels de notre clientèle immédiate... (08-21, p. 3).

[...] approche per capita pondéré. (09-07, p. 4).

Le Québec ne dispose pas de réelles structures de moyen séjour... (12-01, p. 11).

[...] la réduction des journées d'hospitalisation s'est effectuée aux dépens des groupes sociaux plus défavorisés. (12-16, p. 9).

Redonner aux CLSC les moyens de fournir le « service »... (12-25, p. 2).

La petite enfance ne devrait-elle pas être une priorité... (12-40, p. 2).

[...] révision complète de l'entente MEQ-MSSS... (14-15, p. 6).

[...] l'accès aux services spécialisés de réadaptation [...] revoir toutes les normes de financement... (14-37, p. 13).

Le nouveau mode de rémunération forfaitaire [...] accentue la problématique d'accès. (15-08, p. 4).

[...] permettre à certains individus de[...] contribuer directement ou via une co-assurance [...] révision du panier de services [...] séparer la santé du social... (16-04, p. 4).

Représentation de l'histoire du système de santé (Niveau 3 institutionnel)

Nous craignons que s'installe peu à peu un système de santé à deux vitesses où la capacité de payer des individus va devenir déterminante dans leur niveau de santé. (01-05, p. 7).

Ces problèmes s'aggravent et se perpétuent d'une génération à l'autre. (01-06, p. 2).

Il s'agit pourtant de responsabilités éminemment sociales qui furent dans le passé assumées collectivement par le réseau de la santé. Il est à craindre que ce sont (sic) la classe moyenne qui fasse les frais de cette orientation. (01-08, p. 25).

Il est possible de rendre plus humaine la lutte contre la maladie. Il reste encore beaucoup à faire et l'appui de tous est essentiel pour y parvenir. (01-15, p. 15).

Le réseau de la santé et des services sociaux devra développer une culture d'évaluation de son intervention. (01-16, p. 7).

[...] est en train de voir s'échapper une génération de savoir... (01-28, p. 2).

[...] beaucoup trop de temps, d'énergie et d'argent consacrés en restructuration. Combien de groupes organisés au Québec lesquels en cours d'année, acheminent des propositions, font des recommandations et apportent des éléments correctifs qui, la plupart du temps, demeurent sans considération. La voix du peuple n'a de crédibilité qu'en temps d'élections. (01-33, p. 2).

Il est plus que temps qu'un « grand coup de barre » soit donné dans notre façon de voir et de gérer le système de santé, afin que les générations futures puissent elles aussi prétendre à des soins de santé accessibles et de qualité. (01-37, p. 9).

L'étatisation de notre système de santé effectuée au cours des années 60 et surtout ce qui en a résulté pour la santé et la qualité de vie des Québécoises et des Québécois est un fleuron de la Révolution Tranquille [...] Ils espèrent toutefois bénéficier d'un retour d'ascenseur au moment où ils en auront besoin pour eux-mêmes, et s'attendent à ce que cela se fasse sans heurts. (01-38, p. 2).

[...] ce « système » considéré par plusieurs comme l'un des succès les plus notables du « modèle québécois » qui remonte à la Révolution Tranquille. [...] Ouvrir la porte à la privatisation [...] entraînerait un effet d'exclusion. (01-39, p. 8).

Toute réorganisation des services de santé doit être précédée d'une redéfinition de notre vision collective de la santé [...] le principe d'équité sociale qui était à l'origine de la création du régime public. (01-51, p. 16).

Depuis trente ans, on assiste à des vagues de renouveau [...] Les objectifs du système de santé semblent davantage une identification des cibles à atteindre en passant par une façon de gérer plutôt que de soigner des personnes malades. (01-60, p. 3).

En plus du vieillissement, il est important de noter d'autres mutations profondes de notre société [...] dans tout transfert à la famille de responsabilités assumées traditionnellement par des organismes publics. (01-64, p. 1).

Collectivement, nous profiterons des résultats de la réflexion actuelle. (01-68, p. 12).

Seul un véritable réseau de santé et de services sociaux public accessible, universel et gratuit, est en mesure de servir adéquatement la population québécoise. (01-70, p. 22).

En guise de « mémoire » puisqu'il s'agit plutôt de notre présent et de notre avenir ... La Révolution Tranquille inachevée, ce fut la démarche de tout un peuple. (02-04, p. 22).

Est-ce que l'important, c'est répondre ponctuellement [...] Travailler sur les causes des problèmes est-il encore important? (02-11, p. 28).

Une période de temps assez longue doit être prévue pour mesurer les résultats [...] démontrer leur capacité à relever les défis du 21^{ème} siècle. (02-12, p. 8).

[...] des connaissances pointues sur l'expertise que le Québec a développée [...] ce débat crucial pour l'avenir de la santé de la population québécoise. (02-14, p. 13).

Dans une démocratie il incombe au gouvernement de faire en sorte que les besoins exprimés par les communautés minoritaires soient bien compris... (03-04, p. 10).

[...] l'importance capitale de maintenir la vitalité des institutions que notre communauté a créées (sic) et continue de supporter activement. (03-06, p. 3).

[...] il faudra continuer à le faire pour les prochaines générations. (03-08, p. 17).

[...] les valeurs d'accessibilité universelle à des services de qualité devront être conservées. (03-09, p. 8).

[...] collaborent de façon étroite pour assurer le succès de ce vaste projet de société. (03-12, p. 10).

L'avenir des soins de santé au Québec... (03-16, p. 11).

Un exercice de pleine démocratie nécessite du temps pour prendre connaissance des propositions, analyser les impacts [...] qui touchent davantage les enfants et les jeunes [...] qui sont nos adultes de demain. (03-22, p. 3).

Comme peuple nous avons déjà fait le choix de la solidarité. (04-01, p. 18).

La société est et demeure capable d'ouverture et d'entraide [...] essentiel au développement de notre société. (04-15, p. 10).

À moins de viser un démantèlement de l'État, il est impensable que le gouvernement abandonne sa responsabilité... (04-22, p. 20).

[...] cela vient à l'encontre même du fondement de nos organisations... (04-24, p. 1).

[...] Révolution Tranquille n'est pas achevée. (04-41, p. 13).

[...] la reconnaissance de ce que nous avons fondé au cœur du peuple concerné par les problèmes de santé... (04-52, p. 1).

[...] réaffirmer que le système québécois de santé doit reposer sur une vision sociale de la santé et du bien-être... (05-05, p. 27).

Quant à ceux et celles qui ont aujourd'hui moins de 30 ans, ils ne sont pas rassurés sur les conditions qu'offrira le réseau de la santé au moment où ils en auront le plus besoin. (05-12, p. 3).

[...] l'histoire du Québec... (05-15, p. 1).

N'est-ce pas un projet rassembleur et mobilisateur [...] qui pourrait nous mener loin, très loin en tant que peuple. (05-36, p. 13).

Comme peuple on a déjà fait ce choix... (05-37, p. 8).

Et 25 ans plus tard, nous nous retrouvons [...] à nous questionner sur l'avenir de notre réseau. (07-05, p. 3).

[...] faire en sorte que nos enfants [...] pourront compter sur des services sociaux de qualité... (07-10, p. 2).

C'est en agissant sur les déterminants de la santé qu'on peut réduire à long terme les problèmes de maladie. (08-14, p. 6).

[...] guidés par des principes d'égalité de justice et d'équité dignes d'un peuple différent. (08-18, p. 9).

Espérons que dans les années futures nous serons mieux nantis afin de pourvoir aux besoins de ceux qui paient pour le virage ambulatoire. (08-23, p. 4).

Rappelons-nous les raisons qui nous ont conduit (sic) à la création d'un réseau public... (09-09, p. 2).

L'orientation que Québec prendra sera déterminante quant au choix de société qu'il fera. (09-10, p. 5).

Le Québec doit choisir [...] ceux qui affirment la solidarité des citoyennes et citoyens face aux risques de la maladie et des problèmes sociaux. (09-19, p. 3).

Sommes-nous honteux à la pensée d'offrir une qualité de vie [...] à ceux ou celles qui ont bâti notre société? (09-21, p. 2).

[...] que tous les citoyens québécois demeurent égaux dans l'accessibilité à ces soins... (09-24, p. 5).

[...] avec une vision à long terme [...] améliorer la qualité des soins et services dans notre belle province [...] nous en profiterons tous un jour ou l'autre. (10-04, p. 13).

Rappel historique 1960 : État-providence; 1970-80 : mouvement communautaire; 1980-2000 : augmentation des inégalités sociales... (12-03, p. 5).

[...] orientations nationales [...] politique nationale en santé devant s'harmoniser avec les politiques de l'éducation, de l'environnement et de la sécurité du revenu. (12-07, p. 3).

Pour un peuple, deux secteurs sont indispensables : la santé et l'éducation. (12-09, p. 3).

L'infrastructure sociale du Québec est une de ses grandes forces... (12-11, p. 4).

Le droit des citoyennes et des citoyens à des soins de santé [...] dans notre société... (12-12, p. 8).

L'objectif premier est une population en meilleure santé physique, mentale et sociale. (12-14, p. 4).

Répondre au contexte québécois et à la culture... (12-24, p. 9).

[...] débats éthiques que la population québécoise se soit de tenir. (12-35, p. 9).

[...] peut remettre en question le contrat social... (12-47, p. 15).

C'est briser irrémédiablement l'universalité qui a permis d'améliorer l'équité entre les pauvres et les riches... (14-28, p. 5).

Notre société s'enorgueillit de son système social... (14-29, p. 3).

Préparons ensemble la société de demain... (14-33, p. 6).

[...] le réseau social qui a au cours des années entrepris une très forte transformation de sa structure... (14-38, p. 4).

[...] l'expression renouvelée de la solidarité et de la socialité de notre pays. (14-39, p. 1).

En ce qui concerne notre choix de société [...] que le peuple québécois s'est donné suite à (sic) de longues luttes sociales menées au cours des cinquante dernières années. (15-11, p. 2).

[...] on évacue de plus en plus souvent l'aspect social de notre système... (15-16, p. 4).

Le système de santé québécois est un signe important de solidarité sociale... (15-17, p. 7).

Depuis trente ans, les Québécois ont investi pour se donner un système de santé et de services sociaux selon leurs convictions... (16-09, p. 3).

[...] que les décisions prises [...] se fassent dans le respect des valeurs de l'ensemble de notre société. (16-26, p. 1).

[...] principes fondamentaux qui sous-tendent le régime de santé. (16-27, p. 19).

[...] que ces personnes aient une qualité de vie digne de notre société qui se veut de plus en plus humanitaire et respectueuse de la personne. (16-38, p. 5).

[...] parce que tous considèrent que la santé et l'éducation sont des biens essentiels à la société présente et future. (16-46, p. 4).

APPENDICE IV

CLASSIFICATION RÉGIONALE DES MÉMOIRES

Tableau XIX

Application du cadre d'analyse à la région du Bas-Saint-Laurent (01) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (65 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	42 ; 48 COTE : 1\1	50 COTE : 1\2	58 ; 59 COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	13 ; 18 COTE : 2\1	04 ; 07 ; 27 ; 30 ; 46 ; 65 ; 69 ; 71 COTE : 2\2	09 ; 11 ; 25 ; 36 ; 45 ; 47 ; 55 ; 56 ; 57 ; 61 ; 66 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	10 ; 12 ; 29 ; 35 ; 38 ; 62 ; 70 COTE : 3\1	15 ; 44 ; 53 COTE : 3\2	02 ; 03 ; 05 ; 06 ; 08 ; 14 ; 16 ; 17 ; 22 ; 24 ; 28 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 37 ; 39 ; 41 ; 43 ; 49 ; 51 ; 52 ; 54 ; 60 ; 63 ; 64 ; 67 ; 68 ; 73 COTE : 3\3

Tableau XX

Application du cadre d'analyse à la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean (02) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (14 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	COTE : 1\2	COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	COTE : 2\1	03 COTE : 2\2	05; 07; 10; 13 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	11 COTE : 3\1	04 COTE : 3\2	01; 02; 06; 09; 12; 14; 15 COTE : 3\3

Tableau XXI

Application du cadre d'analyse à la région de la Capitale Nationale (03) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (20 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	11; 15 COTE : 1\1	 COTE : 1\2	 COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	02; 17; 23 COTE : 2\1	14; 19 COTE : 2\2	18; 20; 21 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	08; 12 COTE : 3\1	03; 04; 16; 22 COTE : 3\2	05; 06; 07; 09 COTE : 3\3

Tableau XXII

Application du cadre d'analyse à la région de la Mauricie et Centre-du-Québec (04) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (60 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	COTE : 1\2	COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	64 COTE : 2\1	13 ; 23 COTE : 2\2	05 ; 11 ; 12 ; 17 ; 42 ; 63 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	06 ; 25 COTE : 3\1	04 ; 28 ; 29 ; 46 COTE : 3\2	01 ; 02 ; 03 ; 09 ; 14 ; 15 ; 16 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22 ; 24 ; 26 ; 27 ; 30 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34 ; 35 ; 37 ; 38 ; 39 ; 40 ; 41 ; 43 ; 44 ; 45 ; 47 ; 48 ; 49 ; 50 ; 51 ; 52 ; 53 ; 55 ; 56 ; 57 ; 58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 62 ; 66 ; 68 COTE : 3\3

Tableau XXIII

Application du cadre d'analyse à la région de l'Estrie (05) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (36 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	20 COTE : 1\2	COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	01 ; 03 ; 06 ; 41 COTE : 2\1	04 ; 08 ; 30 ; 39 ; 40 COTE : 2\2	07 ; 14 ; 21 ; 22 ; 31 ; 33 ; 34 ; 35 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	23 ; 36 COTE : 3\1	13 ; 15 ; 29 COTE : 3\2	02 ; 05 ; 09 ; 10 ; 11 ; 12 ; 17 ; 19 ; 24 ; 32 ; 37 ; 38 ; 42 COTE : 3\3

Tableau XXIV

Application du cadre d'analyse à la région de l'Outaouais (07) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (37 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	COTE : 1\2	22 COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	36 COTE : 2\1	04; 13; 21; 26; 34; 37; 39 COTE : 2\2	07; 14; 15; 20; 23; 31; 32 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	33 COTE : 3\1	01; 10 COTE : 3\2	02; 03; 05; 06; 08; 09; 11; 12; 16; 17; 18; 19; 24; 27; 28; 29; 30; 40 COTE : 3\3

Tableau XXV

Application du cadre d'analyse à la région de l'Abitibi-Témiscamingue (08) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (19 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	COTE : 1\2	COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	COTE : 2\1	04; 08 COTE : 2\2	01; 13; 21 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	25 COTE : 3\1	02; 06 COTE : 3\2	10; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 22; 23; 24 COTE : 3\3

Tableau XXVI

Application du cadre d'analyse à la région de la Côte-Nord (09) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (22 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	COTE : 1\2	COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	COTE : 2\1	COTE : 2\2	07 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	COTE : 3\1	14 COTE : 3\2	01 ; 02 ; 03 ; 04 ; 05 ; 06 ; 08 ; 09 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 16 ; 17 ; 18 ; 19 ; 21 ; 22 ; 23 ; 24 COTE : 3\3

Tableau XXVII

Application du cadre d'analyse à la région du Nord-du-Québec (10) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (5 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	COTE : 1\2	COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	COTE : 2\1	COTE : 2\2	01; 06 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	COTE : 3\1	COTE : 3\2	02; 03; 04 COTE : 3\3

Tableau XXVIII

Application du cadre d'analyse à la région de Chaudière-Appalaches (12) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (43 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	COTE : 1\2	26; 38 COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	01; 04; 42; 45 COTE : 2\1	06; 23; 29; 34; 40; 43 COTE : 2\2	02; 16; 20; 31; 32; 33; 39; 41; 44; 48 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	13; 22 COTE : 3\1	07; 35; 37 COTE : 3\2	03; 08; 09; 10; 11; 12; 14; 21; 24; 25; 27; 28; 30; 36; 46; 47 COTE : 3\3

Tableau XXIX

Application du cadre d'analyse à la région de Laval (13) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (38 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	33 COTE : 1\1	 COTE : 1\2	 COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	01; 07; 09; 14; 20; 29; 42; 43; 48; 49 COTE : 2\1	06; 16; 18; 19; 22; 31; 45; 46; 50 COTE : 2\2	03; 04; 13; 26; 28; 39 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	21; 23; 24; 47 COTE : 3\1	08 COTE : 3\2	05; 12; 15; 27; 40; 41; 44 COTE : 3\3

Tableau XXX

Application du cadre d'analyse à la région de Lanaudière (14) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (45 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	01; 24; 46; 53 COTE : 1\1	05; 26; 40; 45 COTE : 1\2	52 COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	12; 16; 25; 34; 47 COTE : 2\1	07; 17; 18; 35; 37; 43; 45 COTE : 2\2	03; 09; 13; 15; 20 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	11; 27; 30; 50 COTE : 3\1	10; 29; 31; 42 COTE : 3\2	02; 06; 08; 19; 21; 22; 28; 30; 33; 38; 54 COTE : 3\3

Tableau XXXI

Application du cadre d'analyse à la région des Laurentides (15) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (18 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	COTE : 1\1	COTE : 1\2	COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	01; 08; 21 COTE : 2\1	04; 05; 09 COTE : 2\2	COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	07 COTE : 3\1	03; 11; 14 COTE : 3\2	02; 06; 10; 12; 16; 17; 18; 20 COTE : 3\3

Tableau XXXII

Application du cadre d'analyse à la région de la Montérégie (16) du modèle d'interprétation des discours québécois comme expression de la spécificité régionale (indices de régionalité) à partir des représentations en l'an 2000 des conditions favorables à la promotion de la vie saine (39 mémoires collectifs)

Niveaux de représentation du territoire conjugués aux niveaux de représentation de l'histoire du système de santé	1) Géopolitique <u>national</u> comme lieu de conciliation de l'unité et de la diversité	2) Géopolitique <u>administratif</u> comme palier de délégation de la gouverne des allocations	3) Géopolitique <u>communautaire</u> comme milieu de vie et de participation au bien commun
1) Historique <u>contextuel</u> concerne l'offre et la demande de services et de soins	05 COTE : 1\1	 COTE : 1\2	 COTE : 1\3
2) Historique <u>réflexif</u> tient compte des effets d'exclusion du système de santé	08; 18; 19; 44 COTE : 2\1	03; 39 COTE : 2\2	04; 32; 34; 36; 43; 45 COTE : 2\3
3) Historique <u>institutionnel</u> considère l'expérience collective léguée par les générations précédentes comme un patrimoine à bonifier pour les générations futures	06; 07; 16; 22; 23 COTE : 3\1	14; 26; 42 COTE : 3\2	01; 02; 09; 10; 11; 12; 13; 15; 20; 21; 24; 25; 27; 28; 29; 37; 38; 46 COTE : 3\3

RÉFÉRENCES

- ABRIC, Jean-Claude (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- ABRIC, Jean-Claude (1987). *Coopération, compétition et représentation sociale*. Cousset : Éditions Del Val.
- ARENDT, Hannah (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Callman-Lévy.
- BADIE, Bertrand et Marie-Claude SMOUTS (dir.) (1996). *L'international sans territoire*. Paris : L'Harmattan.
- BAILLY, Antoine (1992). Représentation et analyse des territoires : une épistémologie de la science régionale, dans *Espace et Territoires*, Pierre Henri Derycke (dir.). Paris : Economica.
- BARDIN, Laurence (1993). *L'analyse du contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- BEAUDRY, Raymond (2000). *La résistance incertaine : la ruralité dans le passage de la modernité à la postmodernité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- BÉLAND, François et Howard BERGMAN (2000). *Rapport intérimaire du projet de démonstration SIPA*. Montréal : Université McGill / Université de Montréal.
- BHÉRER, Harold, Jacques GODBOUT, Lise BRASSARD, Jean TURGEON (1986) *Le miroir magique de la décentralisation : perception des conseils régionaux de la santé et des services sociaux*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- BOUCHARD, Gérard (2003). Une crise de conscience historique. Anciens et nouveaux mythes fondateurs dans l'imaginaire québécois, dans *Les idées mènent le Québec : Essais sur une sensibilité historique*, Stéphane Kelly (Dir.). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- BOUCHARD, Gérard (2002). Raison et contradiction. Le mythe au secours de la pensée. *Conférences publiques*, N° 5. Montréal : Éditions Nota Bene.

- BOUCHARD, Gérard (2000). *Genèse des nations et cultures du Nouveau Monde. Essais d'histoire comparée*. Montréal : Boréal.
- BOUCHARD, Gérard (1999). La nation québécoise au futur et au passé. *Balises*, Montréal, vlb éditeurs.
- BOUCHARD, Gérard et Michel LACOMBE (1999). *Dialogue sur les pays neufs*. Montréal : Boréal.
- BRUNEAU, Pierre (dir.) (1996). L'archipel urbain québécois, un nouveau rapport société-espace, dans *Le Québec en changement : entre l'exclusion et l'espérance*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, p. 22 à 59.
- CARRIER, Mario et Serge CÔTÉ (2000). *Gouvernance et territoires ruraux : éléments d'un débat sur la responsabilité du développement*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- CASTELLS, Manuel (2001). *La société en réseaux : l'ère de l'information*. Paris : Fayard.
- CASTELLS, Manuel (1999a). *Le pouvoir de l'identité : l'ère de l'information*. Paris : Fayard.
- CASTELLS, Manuel (1999b). *Le pouvoir de l'identité : fin de millénaire*. Paris : Fayard.
- CASTORIADIS, Cornelius (2005). *Une société à la dérive : entretiens et débats. 1974-1997*. Paris : Seuil.
- CASTORIADIS, Cornelius, Daniel COHN-BENDIT (1972). *De l'écologie à l'autonomie*, Coll. Techno-Critique. Paris : Seuil.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1970). Claude Castonguay (prés.) *Rapport Castonguay-Nepveu*. Québec : Gouvernement du Québec.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES SOCIAUX ET LES SERVICES DE SANTÉ (1988). Jean Rochon (prés.). *Rapport de la Commission sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Les Publications du Québec.

- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). Michel Clair (prés.). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec.
- CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA (1997). *Code d'éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa.
- CORIN, Ellen E., Gilles BIBEAU, Jean-Claude MARTIN et Robert LAPLANTE (1990). *Comprendre pour soigner autrement : Repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- CORNUZ, Jeanlouis (1968). Préface dans *Gæthe : Les Affinités électives*. Lausanne : Éditions Union-Rencontre.
- CÔTÉ, Charles et Daniel LAROUCHE (2000). *Radiographie d'une mort fine : Dimension sociale de la maladie au Québec*. Chicoutimi : Les éditions JCL inc.
- CÔTÉ, Charles (1991). *Désintégration des régions : le sous-développement durable au Québec*. Chicoutimi : les Éditions JCL inc.
- CÔTÉ, Marc-Yvan (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec : Gouvernement du Québec.
- CÔTÉ, Pauline (2003). *Méthode de présentation des travaux de recherche*. Rimouski : les Éditions GREME.
- CÔTÉ, Pauline (1980). *Éléments pour une théorie de l'idéologie urbaine : l'idéologie technocratique du BAEQ et les relocalisés de l'Est du Québec*, Thèse en psychologie, Montréal : Université de Montréal.
- DANIEL, Christine (2002). La décentralisation régionale en matière de santé et de services sociaux : leurre ou mouvement irréversible? Mémoire de maîtrise en développement régional, Université du Québec à Rimouski.
- DELISLE, Marc-André (1999). Vieillissement et régionalité. *Recherches sociographiques*, XL, 2, 313-344.
- DENIS, Jean-Louis, Damien CONTANDRIOPOULOS, Ann LANGLEY, Annick VALETTE (1998). *Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système socio-sanitaire*, Faculté de médecine, secteur santé publique. Montréal, Université de Montréal.

- DENZIN, Norman K. and Y. S. LINCOLN (1998). *The Landscape of Qualitative Research : Theories and Issues*. New York : Denzin & Lincoln Eds.
- DESCHAMPS, Chantal (1997). *L'approche phénoménologique en recherche : Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*. Montréal : Guérin Universitaire.
- DESJARDINS, Pierre (1996). *Regards sur les temps actuels*. Montréal : Les Éditions des Intouchables.
- DUFOUR, Rose (1993). « L'"anthropie" ou la personne au centre du système de santé : contribution à l'élaboration d'un modèle opératoire de santé globale ». *Anthropologie et santé publique*. Santé Culture, Culture Health, Volume IX (1). Montréal : Girame, Université de Montréal.
- DUGAS, Clermont (1981). *Un pays de distance et de dispersion*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- DUMONT, Fernand (1994). *Le lieu de l'homme*. Montréal : Bibliothèque québécoise.
- DUSSAULT, Gilles (1995). « Québec : L'implantation des nécessaires réformes ». *Epistula ALASS*, N° 13. Barcelona, España.
- FOUCAULT, Michel (1995). *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*. Paris : Éditions Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (1994). La gouvernamentalité, dans *Dits et Écrits*. Paris : Éditions Gallimard, 635-656.
- GAUTHIER, Benoît (dir.). (1998). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- GIDDENS, Anthony (1987). *La constitution de la société : Éléments de la théorie de la structuration*. Paris : Presses Universitaires de France.
- GINGRAS, François-Pierre (1992). La théorie et le sens de la recherche, dans *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, Benoît Gauthier (dir.). Québec : Presses Universitaires du Québec, 113-138.
- GIUST-DESPRAIRIES, Florence (2005). Crise dans l'auto-représentation de la société : Penser aujourd'hui avec Castoriadis. *Sciences de l'Homme et Sociétés*, N° 80. Antibes, France.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1996). *Loi sur l'assurance-médicaments*. L.R.Q., c. A-29.01. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1993). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q. c. S-4.2. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1975) *Charte des droits et libertés de la personne*. LRQ C-12. Québec : Les Publications du Québec.
- GRAND'MAISON, Jacques (1983). *Le Québec : un second souffle*. Québec : Chantiers de réflexion organisés par M. Camille Laurin, Ministre de l'éducation.
- GRAVITZ, Madeleine (1974). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz.
- GUIDÈRE, Mathieu (2001). Sémiotique comparée du territoire, dans *Territoires sous influence*. Dominique Pagès et Nicolas Pélissier (dir.). Paris-Montréal : L'Harmattan.
- HABERMAS, Jürgen (1992). *De l'éthique de la discussion*. Paris : Les éditions du cerf.
- HARVEY, Fernand (1996). Historique des régions du Québec : des origines à la Révolution tranquille, dans *Le phénomène régional au Québec*. Marc-Urbain Proulx (dir.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- HEIDEGGER, Martin (1986). *Être et Temps*. Paris : Éditions Gallimard.
- HUSSERL, Edmund (1953). *Méditations cartésiennes*. Paris : Librairie Philosophique J. Vrin.
- JEAN, Bruno (1996). La région sous le regard sociologique : la construction du fait régional, dans *Le phénomène régional au Québec*. Marc-Urbain Proulx (dir.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- JODELET, Denise (Éd.) (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- KUHN, Thomas Samuel (1972). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion.
- LAFONTAINE, Danielle (1989). Le champ des « études régionales » québécoises : problèmes de spécificité et de délimitation. *Canadian Journal of Regional Science / Revue canadienne des sciences régionales*, XII : 1. Montréal : INRS-Urbanisation, UQAM.
- LAFONTAINE, Danielle et Nicole THIVIERGE (1999). *Les régions fragiles face à la mondialisation, stratégies communautaires, technologiques et culturelles d'innovation et de valorisation*. GRIDEQ/GRIR, Congrès 1998 de l'ACFAS. Québec : Presses de l'Université Laval.
- LAROCHELLE, Gilbert (1990) *L'imaginaire technocratique*. Montréal : Boréal.
- LAUZON, Léo-Paul (2004). *Contes et comptes du prof. Lauzon*. Montréal : Lanctôt.
- LAVILLE, Jean-Louis et Laurent GARDIN (2003). Les initiatives locales : Réalités européennes et enseignements transversaux, dans *Reconversion économique et développement territorial*. J.-M. Fontan, J.-L. Klein et B. Lévesque (dir.) Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- LE CACHEUX, Jacques et Vincent TOUZÉ (2003). Vieillissement et richesse des nations. *Revue de l'OFCE*, n° 84, 231-275.
- LEMIEUX, Vincent (2001). *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- LEMIEUX, Vincent (dir.) (1994). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- LESEMANN, Frédéric (1997). *Le vieillissement des populations, les 30 dernières années en perspective*. Revue de la littérature. INRS-Culture et Société. Santé Canada.
- MALHERBE, Jean-François (1994). *Autonomie et prévention : alcool, tabac, sida dans une société médicalisée*, Catalyses. Montréal : Artel – Fides.
- MANNONI, Pierre (1998). *Les représentations sociales*, Que sais-je? N° 3329. Paris : Presses Universitaires de France.

- MATHIEU, Jocelyne (1996). Le phénomène régional au Québec : contribution ethnologique, dans *Le phénomène régional au Québec*, Marc-Urbain Proulx (dir.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- MERLEAU-PONTY, Maurice (1975). *Les sciences de l'homme et la phénoménologie*. Paris : Centre de documentation universitaire.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Rapport Clair. Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). Québec.
 00-106-4F *Santé au Québec : quelques indicateurs*.
 00-106-5F *Financement : état de la situation et perspectives*.
 00-106-6F *Organisation des services : état de situation et perspectives*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec.
- MORIN, Edgar (1981). Peut-on concevoir une science de l'autonomie? *Cahiers internationaux de sociologie*, LXXI, 257-267.
- MOSCOVICI, Serge (2002). « Pensée stigmatisante et pensée symbolique : deux formes élémentaires de la pensée sociale », dans *Les formes de la pensée sociale*, Catherine Garnier (dir.). Paris : Presses Universitaires de France, 21-54.
- OUELLET, Patrice (1998). *Matériaux pour une théorie générale des problèmes sociaux : le "développement régional" réinterprété*. Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées. Montréal : Université de Montréal.
- PALIER, Bruno (2004). *La réforme des systèmes de santé*, Que sais-je? N° 3710. Paris : Presses Universitaires de France.
- PELLETIER, Céline (2004). *Pratiques de soins parentales et négligence infantile : Des signes au sens*. Paris : L'Harmattan.
- PELLETIER, Céline (2003). *Pratiques de soins et négligence infantile : approches narratologique et écologique des récits de parents d'enfants de 0 à 5 d'un village bas-laurentien*. Montréal, Université de Montréal, Faculté des études supérieures. Thèse de doctorat interdisciplinaire en sciences humaines appliquées.

- PELLETIER, Céline et Ginette PAGÉ (2002). Les critères de rigueur scientifique en recherche. *Recherche en soins infirmiers*, N° 68, (mars), 35-42.
- PÉPIN, Lucie (2000). *Les services de proximité en milieu rural québécois*. Rimouski, Université du Québec à Rimouski.
- PERRET, Bernard, Gérard BLANC (dir.) (1995). Le travail au XXI^e siècle : mutation de l'économie et de la société à l'ère des autoroutes de l'information, dans *L'industrialisation des services*. Paris : Dunod.
- PERRET, Bernard et Guy ROUSTANG (1993). *L'économie contre la société : Affronter la crise de l'intégration sociale et culturelle*. Paris : Éditions du Seuil.
- PINEAULT, Raynald et Carole DAVELUY (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Ottawa : Agence d'ARC Inc.
- POLÈSE, Mario (1996). Le développement local, revu et corrigé : récit d'une douce illusion dangereuse, dans *Le Québec des régions : vers quel développement?* Serge Côté (dir.), Juan-Luis Klein, et Marc-Urbain Proulx. Chicoutimi-Rimouski. GRIDEQ-GRIR.
- PROULX, Marc-Urbain (novembre 1999). Mouvement Territoire et développement : une entrevue avec Marc-Urbain Proulx. *Revue Réseau*. Québec : Université du Québec, 8-9.
- PROULX, Marc-Urbain (mars 1998). L'organisation des territoires au Québec : Le débat sur la décentralisation gouvernementale, Deuxième partie. *L'Action Nationale*, Vol. LXXXVIII, No 3, 85-136.
- PROULX, Marc-Urbain (dir.) (1996). *Le phénomène régional au Québec*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- RICŒUR, Paul (1990a). *Soi-Même comme un autre*. Paris : Éditions du Seuil.
- RICŒUR, Paul (1990b). Approche de la personne. *Esprit*, mars-avril, p. 130.
- RICŒUR, Paul (1986). *Du texte à l'action : Essais d'herméneutique II*. Paris : Éditions du Seuil.
- ROUSTANG, Guy, Juan-Luis KLEIN, Benoît LÉVESQUE (dir.) (2005). *Contre l'exclusion : repenser l'économie*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- RUSS, Jacqueline (1994). *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie Générale Française.
- SCHUTZ, Alfred (1971). *Le chercheur et le quotidien*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- SECA, Jean-Marie (2003). *Les représentations sociales*. Cursus, Paris : Armand Colin.
- SIMARD, Martin (1999). Communauté, identité et développement : pour un nouveau cadre d'analyse, dans *Les régions fragiles face à la mondialisation : stratégies communautaires, technologiques et culturelles d'innovation et de valorisation*. Danielle Lafontaine et Nicole Thivierge (dir.) Rimouski : GRIDEQ/GRIR.
- TELLIER, Luc-Normand (1996). Le Québec et ses régions à l'intérieur de la dynamique spatiale dans *Le phénomène régional au Québec*, Marc-Urbain Proulx (dir.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- THOMAS, Henri (1963). Une alchimie du malheur, dans *Gœthe : Les Affinités électives*. Saint-Amand : Union Générale d'Éditions.
- TURGEON, Jean (2000). L'imputabilité dans le contexte du système de santé au Québec dans *Les solutions émergentes*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.
- VAILLANCOURT, Yves (2000). Le rapport Clair... et la mondialisation. *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 13, N° 2, 1-13.
- VAILLANCOURT, Yves et Denis BOURQUE (1989). La privatisation des services d'hébergement aux personnes âgées. *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 2, N° 1, 53-71.
- VAILLANCOURT, Yves, Denis BOURQUE, Françoise DAVID, E. OUELLET (1987). *La privatisation des services sociaux*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Synthèse critique, n° 37. Québec : Les Publications du Québec.
- WEBER, Max (1971). *Économie et société*. Paris : Librairie Plon, 219-261.
- WHITE, Deena (1992). La santé et les services sociaux : réforme et remises en question, dans *Le Québec en jeu : comprendre les grands défis*, Gérard Daigle (dir.). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.