

# **CHAPITRE I**

## **LA PROBLEMATIQUE**

### **Introduction**

La problématique dégage les composantes de la situation terrain qui sous-tendent nos préoccupations de recherches. Ces préoccupations se traduisent ensuite par la question de recherche, les objectifs poursuivis et les limites de la recherche.

#### **1.1 La situation de recherche**

La démarche de recherche dont il est question dans ce rapport a pour objet l'étude des conditions de prise en charge dans un contexte de décentralisation.

La difficulté de gestion des activités de transfert de responsabilités en milieu autochtone dans une optique de prise en charge constitue l'élément déclencheur de la présente démarche de recherche. L'incohérence du discours et de la pratique de l'Etat a d'abord été soulevée par une communauté algonquine et discutée avec le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Nos fonctions d'agent de recherche, de planification programmation et de support conseil auprès de cette

## 6

communauté, nous amènent à réfléchir sur la façon de gérer les opérations de transferts de responsabilités avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada.

Dans une perspective plus large, la réforme du système de santé et des services sociaux du Québec prévoit la décentralisation, aux conseils régionaux, de la gestion administrative de plusieurs programmes. Cette décentralisation s'inscrit dans des idéaux politiques pour mieux répondre aux besoins des populations de l'ensemble des régions du Québec. Effective en 1992, cette nouvelle relation administrative viendra influencer la pratique professionnelle sur le terrain. Le défi étant de placer l'individu au centre des services et d'optimiser sa capacité de se prendre en main.

Comme nous l'avons mentionné, la prise en charge par le milieu (par des gens du milieu, Alary, 1988) fait partie du discours actuel de l'Etat et des communautés autochtones et québécoises qui véhiculent des valeurs comme l'autonomie, la participation à la prise de décision et le partage du pouvoir. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans son intervention lors de la séance de clôture de la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et des services sociaux du

Québec, mentionne l'importance de favoriser la prise en charge des communautés<sup>1</sup>. La Commission des Indiens de l'Alberta sur les services de santé préconise que le modèle et la gestion des programmes de santé doivent être déterminés par les communautés elles-mêmes<sup>2</sup>.

Derrière cette volonté de l'Etat et de la population de se prendre en main se cachent des réalités différentes. D'une part l'Etat providence qui, dans les années 1960 à 1980, enlève toutes responsabilités aux individus, cherche maintenant à les responsabiliser parce qu'il ne peut répondre financièrement aux multiples besoins. D'autre part, les collectivités dépossédées de leur pouvoir et de leur compétence veulent reprendre leur place et participer aux décisions qui les concernent.

Pour illustrer cette dichotomie de la redistribution réelle du pouvoir et l'implication effective de la population, nous analysons l'impact des mouvements de

---

<sup>1</sup> "J'ai également retenu qu'il faut miser davantage sur la capacité des gens, des groupes et des communautés de se prendre en main. Nos programmes et nos interventions doivent reposer sur cette base." Note sur l'intervention de monsieur Marc-Yvan Côté, ministre de la Santé et des Services sociaux, lors de la séance de clôture de la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux, le 11 avril 1990, p. 10.

<sup>2</sup> "Transfer to Indian Control the design and management of community health programs at a pace determined by the communities themselves". In Position paper of transfer of health programs, Alberta. Indian health care commission, May 1989, p. 1.

## 1.2 Les mouvements de décentralisation

A peu près tous les pays d'Europe ont vécu au cours des dernières années ou vivent actuellement un mouvement de décentralisation vers le palier local et le palier régional. Cela s'est produit au début des années 1970 en Angleterre, vers 1977 en Suède, dès 1982 en France par la promulgation d'une loi à cet effet. Si le mouvement décentralisateur est venu d'en haut en Angleterre et au Danemark et d'en bas en Italie et en Espagne, il semble au Canada venir de l'Etat et de la population (Sauvé, 1991).

Au Québec, la décentralisation est l'initiative de l'Etat fédéral et provincial vers les communautés autochtones et allochtones dans le but de transférer des responsabilités présentement assumées par l'Etat. Le ministre de la Santé et des services sociaux du Québec inscrit sa réforme du système de santé et des services sociaux dans un mouvement de décentralisation vers les régions<sup>3</sup>. Du côté fédéral, le rapport du comité spécial sur l'autonomie des Indiens du Canada prône une délégation de pouvoirs aux organisations

---

<sup>3</sup> "Cette décentralisation permettra aux régions de faire des choix véritables pour adapter les politiques et les orientations ministérielles aux besoins réels de la population vivant sur leur territoire". Allocution de monsieur Marc-Yvan Côté, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, devant le Conseil régional de la santé et des services sociaux, Région du Québec, février 1990, p. 10.

indiennes<sup>4</sup>.

Dans l'évolution sociale et scientifique, il y a des moments plus favorables à la décentralisation. Selon Calvez (1984) il va être de moins en moins nécessaire de se trouver au centre pour disposer de beaucoup d'informations et de pouvoir décider dans de bonnes conditions. La prospective à la Toffler (Calvez, 1984) annonce très justement des possibilités nouvelles de décentralisation autant dans la production industrielle que dans l'administration des services.

Indépendamment de cette diversité des situations, une bonne part de la pensée démocratique fait, de la décentralisation et de la participation, un objectif.

L'Eglise catholique, dans ses déclarations officielles, promeut, en premier lieu la participation, également le renforcement des corps intermédiaires et le respect effectif des droits des minorités. Le Concile de Vatican II tient les propos suivants: "Que les citoyens, individuellement comme en groupes évitent de conférer aux pouvoirs publics

---

<sup>4</sup> "Le ministre a mis en application une politique de délégation afin de permettre aux bandes et aux organisations indiennes de détenir plus de pouvoir. Cette politique de décentralisation a débuté au milieu des années 60, lorsque le ministère a commencé à transférer des responsabilités de la gestion et de l'exécution de programmes aux bandes indiennes." L'autonomie des Indiens du Canada. Rapport du comité spécial, Chambre des Communes du Canada, le 20 octobre 1983, p. 21.

## 10

une trop grande puissance, qu'ils ne s'adressent pas à eux de manière intempestive pour réclamer des secours ou des avantages excessifs, au risque d'amoindrir la responsabilité des personnes, des familles et des groupes sociaux"<sup>5</sup>.

Le principe plus fondamental dont s'inspire cet enseignement c'est que l'autorité dans la communauté politique doit le plus possible prendre appui sur la liberté et le sens de la responsabilité, plutôt que sur la contrainte. Il y a contrainte à la responsabilité si une décision qui nous concerne, même très valable dans son contenu, a été prise loin de nous, par des personnes qui ne sont pas concernées par le problème.

McDiarmid (1984) souligne que les études en général ont démontré que peu ou pas de distribution du pouvoir des professionnels vers le public résultent de la décentralisation. Cet auteur confirme également qu'une politique de décentralisation qui aurait comme volonté d'augmenter la participation formelle de la population dans la gestion des écoles ou autres pourraient avoir l'effet opposé.

Antoine (1984), Camus (1984) constatent que le résultat d'un sondage sur la vie associative et le désir de participation des citoyens suite à la décentralisation en France viendrait confirmer l'hypothèse qu'il y a un léger effritement de la volonté de

---

<sup>5</sup> Calvez, Jean-Yves. Centraliser, décentraliser? Projet No 14, 1984, p. 650.

participation. Mills (1990) relève que la décentralisation est probablement inadéquate pour promouvoir la participation de la communauté.

Sorman (1991) révèle que les projets de participation des citoyens aux structures sont souvent une imposture politique. "Ces formes de démocratisation n'en sont pas réellement. La population n'est pas motivée par ce genre de participation...."<sup>6</sup>.

Ces projets de participation des citoyens sont liés en grande partie à la réduction des dépenses de l'Etat et à la transformation des rapports de pouvoir des organismes de services. L'objectif de la participation n'est pas le foisonnement d'expériences nouvelles mais la nécessité d'un équilibre financier.

Dupuy (1984), Thoening (1984) précisent qu'il faut chercher la nécessité de la décentralisation, donc de la participation, du côté de la compression des dépenses publiques.

"La où précédemment la croissance, rapide par périodes, imposait de gérer des problèmes de répartition des bénéfices, la réponse la plus adéquate qui a été trouvée est celle de la centralisation. La non-maîtrise de certaines dépenses apparaît de plus en plus liée au niveau auquel s'effectue la redistribution et la compression de ces mêmes dépenses -

---

<sup>6</sup> Capiello, André. La loi 120, un exercice futile. L'Actualité, août 1991, p. 55.

sociales en particulier - rend indispensable la recherche de nouveaux cadres de régulation. En quelque sorte, et suivant en cela un modèle qui a fait ses preuves dans le monde industriel, la décentralisation peut apparaître comme le transfert de la gestion de la pénurie vers la périphérie"<sup>7</sup>.

D'une part, les recherches qui ont été faites sur la décentralisation dans les régions urbaines dévoilent que la plupart des tentatives d'amener la prise de décision et de gestion plus près de ceux qui sont affectés par les décisions n'ont eu comme résultat qu'une faible participation. Dans certains cas, une nouvelle élite a vu le jour pour assumer le pouvoir acquis; dans d'autres cas, le centre s'est réservé l'autorité sur des politiques vitales et a mis de côté les gouvernements locaux.

D'autre part, Erickson (1970), Wax (1970), Muskrat (1970) et repris par McDiarmid (1984) affirment que certaines des études disponibles sur l'éducation des Indiens américains "Navajo" suggèrent que là où on a décentralisé la gestion des écoles, les indiens participent davantage, développent un sentiment d'efficacité et bénéficient d'une plus grande congruence entre l'expérience scolaire et leur style de vie.

---

<sup>7</sup> Dupuy François, Thoening Jean-Claude. Décentraliser, vraiment? Projet No 14, 1984, p. 156.



Oakley (1989) démontre l'efficacité de la décentralisation dans le développement des services de soins primaires et les activités multisectorielles. Au delà d'une volonté politique, cette efficacité est liée à l'implication locale.

Un premier questionnement s'impose à la lumière de ce constat qui semble contradictoire. Si la décentralisation dans certaines circonstances amène la participation de la base, quelles sont les conditions qui favorisent l'émergence de cette implication? Y a-t-il une forme de décentralisation permettant la prise en charge responsable puisque la participation est un élément clé de la prise en charge? (St-Pierre, 1975; Ampleman, 1987; Alary, 1988).

En définitive, la problématique actuelle de la décentralisation, en tant que débat public, se limite aux élites habituelles de la vie politique et administrative et ne semble guère concerner directement les citoyens.

### **1.3 Le transfert de responsabilités**

La situation de transfert de responsabilités vers les conseils de tribus découle du plan de transfert des programmes et services suggéré par le rapport Penner<sup>8</sup>. Ce plan a

---

<sup>8</sup> Comité spécial sur l'autonomie des Indiens, 1987.

## 14

pour but d'assurer un contrôle accru par les Indiens tout en ne portant pas atteinte aux droits des nations indiennes de poursuivre leurs démarches en vue d'obtenir leur autonomie.

Les communautés autochtones sont assujetties aux lois et normes du ministère des Affaires Indiennes et du Nord Canada (MAINC) ainsi qu'aux politiques et services de Santé Bien-Etre social Canada (SBESC).

Le MAINC régit sous sa réglementation plusieurs programmes dont il serait trop long d'énumérer tous les items transférables et non transférables. Par conséquent, il importe de souligner un des principes directeurs justifiant le transfert de responsabilités. Ce postulat reflète le désir du Ministère de reconnaître aux Indiens le droit d'exercer une certaine autonomie.

Les bandes indiennes ont le droit d'exercer au maximum les responsabilités de l'administration locale qui sont conformes aux lois, tout en répondant aux coutumes et aux traditions de la bande.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Simard, Jean-Jacques. Les autochtones du Québec et les services socio-sanitaires, section la condition autochtone et l'Etat, Commission Rochon 1987, p. 12.

La politique fédérale pour les services de santé aux indiens (SBESC) se fonde sur le rapport spécial qui existe entre le peuple indien et le gouvernement fédéral, rapport qu'on désire protéger autant d'un côté comme de l'autre. Elle présente les conditions socio-sanitaires dans lesquelles nombre de collectivités indiennes vivent, conditions qui désavantagent considérablement les Indiens par rapport à la majorité des autres canadiens.

En matière de programmes fédéraux pour les Indiens, la politique découle de dispositions constitutionnelles et légales, de traités et d'habitudes. Entre aussi en ligne de compte l'engagement du peuple indien à préserver et à mettre en valeur sa culture et ses traditions.

Donc, le but de la politique fédérale soulevé dans le document de travail sur le transfert de la responsabilité par les services de santé aux Indiens est de relever le niveau de santé des Indiens grâce à l'action des collectivités indiennes elles-mêmes. Pour ce faire, SBESC propose trois principes: développement communautaire, lien traditionnel entre le peuple indien et le gouvernement fédéral et interdépendance des éléments composant le système de santé canadien.

Dans une large mesure, ces propositions vont de pair avec les initiatives de transfert prises par le MAINC. D'ailleurs SBESC fait miroiter, lui aussi, le désir

d'autonomie des Indiens pour enclencher le processus de transfert.

Le transfert des soins de santé ne fait que refléter le désir d'autonomie politique des Indiens, il témoigne également du fait que lorsque des personnes ont leur mot à dire dans l'administration de leurs propres services de santé et de bien-être, elles sont plus portées à y participer et à travailler à leur réussite.<sup>10</sup>

Cette politique de décentralisation n'a transféré que l'exécution des services au niveau de la bande. Le contrôle des programmes, des politiques et des budgets demeure entre les mains du Ministère. Bien que le Ministère qualifie régulièrement ce processus d'accroissement de l'autonomie indienne dans les réserves, des témoins indiens ont régulièrement critiqué cette politique, l'accusant de ne pas transférer le contrôle réel au peuple indien.

A première vue, on pourrait reconnaître une volonté d'assurer l'autonomie des Indiens. En pratique, il n'est pas irréaliste d'imaginer que l'on vise plutôt à diminuer la lourdeur administrative et financière de l'Etat. Voici, à cet effet, des propos tenus par le MAINC:

---

<sup>10</sup> Document de travail sur le transfert de la responsabilité des services de santé aux Indiens en vue de consultations avec les Indiens, document interne de SBESC, 1981, p. 1.

Suite aux coupures d'effectifs de la Fonction publique annoncées par le Ministre des finances dans son budget de mai 1985, le Ministère décida de soumettre au Conseil du Trésor un plan de réduction des effectifs qui, en plus de tenir compte des coupures imposées, traiterait de réductions consécutives à des transferts de responsabilités.<sup>11</sup>

Cette conception de l'action étatique a été largement soulevée par Peyrefitte (1976) et le Conseil de planification et de développement du Québec (1982). Ces auteurs ont mis en évidence cette pratique de rationalisation qui vise à réduire les coûts en tentant de renvoyer à des paliers régionaux la responsabilité de gérer les programmes et services. On a tendance à envisager une réforme comme étant pour l'essentiel une nouvelle répartition des attributions et des tâches. Ce contexte ne favorisera pas les autochtones puisque le discours des fonctionnaires provinciaux et fédéraux stipule que les autochtones ne bénéficieront pas de marge de manoeuvre dans l'exercice de leur fonction. Les erreurs qui feront partie des apprentissages se solderont en bout de ligne par des coupures de service. Du point de vue du gouvernement, les seuls responsables seront encore les Indiens.

Le modèle proposé par le gouvernement canadien, sous des dehors progressistes, se veut une extension directe des politiques fédérales dans les nations autochtones. La commission Rochon (1987) fait état de ce modèle en ces termes:

---

<sup>11</sup> Idem au no 9, p. 5.

Dès lors, le réductionnisme de la conservation ethnique mène tout droit au paternalisme étatique, juridico-administratif. Afin d'éviter de "perdre leur identité et leur culture" les autochtones se réfugient sous la protection et la bienveillance de l'Etat pour revendiquer, agressivement s'il le faut, un titre juridique à part confirmant leur appartenance ethnique, et les droits dits aborigènes qui en découlent, c'est-à-dire tout un registre particulier de services, de programmes et de ressources, et ... des terres réservées; dans un second temps, l'autonomie des autochtones consistera à "prendre en charge" les programmes, services et ressources que l'état réserve aux Affaires Indiennes et du Nord Canada.<sup>12</sup>

Beaucoup de communautés autochtones à travers le Québec et le Canada souscrivent à cette forme de prise en charge. Sous le couvert de l'autochtonisation, la gérance des programmes et services n'a pas diminué les suicides, la mortalité périnatale, la violence familiale, les enfants négligés, les problèmes sociaux dus à l'alcoolisme et la toxicomanie. L'inadéquation du système d'éducation, la disparition de la langue autochtone de génération en génération, une économie de base presque inexistante sont d'autres indicateurs démontrant la précarité de l'état de développement des communautés. D'ailleurs, les statistiques pan-canadiennes illustrent cette triste réalité.

A la lumière de ce qui précède, le transfert des responsabilités dans une perspective de décentralisation apparaît comme une opportunité pour les communautés amérindiennes de se prendre en main. Mais la conception de l'autonomie chez le

---

<sup>12</sup> Simard, Jean-Jacques: Les autochtones du Québec et les services socio-sanitaires, section la condition autochtone et l'Etat, Commission Rochon 1987, p. 7.

MAINC et les autochtones n'ont pas les mêmes assises. L'Etat associe cette autonomie à la gérance des programmes (MAINC, Approche régionale 1987), tandis que les autochtones revendiquent d'abord une reconnaissance de leurs droits et de leurs responsabilités, un pouvoir de décision sur l'adaptabilité et l'application des programmes et services, ainsi qu'une autonomie gouvernementale.

#### **1.4 La réforme de la santé et des services sociaux**

Qu'elle soit abordée en terme de centralisation au niveau régional ou de décentralisation de l'Etat vers les régions, elle pose des problèmes quasi insolubles. Pour les tenants de la régionalisation, cela signifie un meilleur contrôle de l'administration, une gestion plus cohérente et efficace et la façon la plus sûre d'assumer les responsabilités et de répondre aux besoins de la population. Elle garantit aussi des décisions plus pertinentes, des analyses de situation plus sérieuses et somme toutes, une administration beaucoup plus compétente.

En contrepartie, nous constatons que la décentralisation est un terme très équivoque, un de ces termes politiques qu'on parvient difficilement à définir, tout comme la pratique qui en émane n'arrive pas à s'opérationnaliser. Pour les uns, le concept de décentralisation sera étroitement associé aux notions d'autonomie, de démocratie de la

base voir même d'autogestion. Pour d'autres, il fait au contraire partie du style de l'administration moderne et il invoque une rationalisation ou un réaménagement des structures de l'Etat dans le sens d'une plus grande efficacité: il s'agit, essentiellement, de rapprocher les services de la clientèle-cible.

Au Québec, ce dilemme paraît d'autant plus grand que le terme décentralisation est apparu avec la Révolution tranquille, c'est-à-dire alors que s'engageait le processus de construction d'un Etat moderne. Il charrie dans son sillage aussi bien des notions d'autonomie que des dimensions démocratiques. Bherer (1986) relève qu'en filigrane du discours sur la "représentation" des régions, ce concept représente, depuis plus de 25 ans, la victoire souhaitée de la rationalité administrative sur le grenouillage politique et, dans l'allocation des ressources, la fin des parties de bras-de-fer au profit de la concertation régionale. La décentralisation se voit ainsi accoler les notions de représentation et de régionalisation: représentation de la périphérie auprès du centre décisionnel, ou bien représentation du centre décisionnel vis-à-vis les intérêts régionaux; la régionalisation comme lieu privilégié pour réaliser l'intégration et la coordination des ressources sur la base d'une reconnaissance des rapports constitués à ce niveau.

Une conception analogue est prônée par les experts du gouvernement fédéral qui affirment que:



"la planification régionale est maintenant une méthode reconnue efficace et viable d'aborder l'organisation d'installation et de services sanitaires; elle est nécessaire à la mise en oeuvre du système de soins bien intégrés et équilibrés"<sup>13</sup>

La région devient le palier stratégique de négociation pour l'organisation des services et la gestion des ressources humaines. L'argument de la particularité et de la localité, s'oppose ainsi à celui de la globalité et de la centralité.

Ce double équivoque de la décentralisation et de la représentation associée à la régionalisation marque tous les efforts de construction de l'Etat et la société québécoise depuis la Révolution tranquille. Cependant, elle n'apparaît nulle part aussi vive et aussi déterminante que dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Lesemann (1981) dévoile que l'application de la réforme suite aux travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, dans les années 70, devient un enjeu politique important entre la nouvelle technocratie d'Etat et les représentants des établissements et des professions qui voient leurs assises institutionnelles ébranlées. Les objectifs visés de façon conflictuelle par les différentes classes et fractions de classe en présence constituent les véritables enjeux de la régionalisation et de la décentralisation.

---

<sup>13</sup> Rapport du Comité d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, op. cit., Tome 1, 1983, p. 21-23.

Tout d'abord l'inscription de la participation populaire dans des structures formelles permet de légitimer les initiatives réformatrices de la classe dirigeante qui peut ainsi revendiquer la défense du bien commun. Et ensuite, l'introduction dans le système socio-sanitaire du nouveau terme partenaire que représente la population permet, en outre, de modifier la dynamique des rapports de pouvoir existants.

La participation dans le contexte de cette réforme est identifiée à la gestion de la pauvreté. Distribution de services et participation apparaissent rapidement comme antithétiques.

"C'est pourquoi il y est fait une large place à la participation comme stratégie d'intégration et d'organisation sociales de catégories qui sont justement menaçantes par leur désintégration et leur inorganisation."<sup>14</sup>

Néanmoins les progrès intéressants au niveau du droit à la santé et aux services sociaux, de l'accessibilité aux services médicaux, de l'adaptation des services aux besoins de clientèles particulières, de l'intervention dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé et de la rationalisation de l'organisation et de l'administration des services, ces efforts déployés se sont traduits par une pléiade de programmes et de

---

<sup>14</sup> Lesemann, Frédéric. Du pain et des services, La réforme de la santé et des services sociaux au Québec, Les Editions coopératives Albert Saint-Martin, 1981, p. 194.

législations qui provoquent un engorgement du système de santé et des services sociaux.

Ce constat amène le gouvernement du Québec, en juin 1985, à nommer une nouvelle Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Elle a pour but d'étudier les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement du système de services de santé et de services sociaux.

Une des observations de cette Commission démontre que la décentralisation administrative des 15 dernières années n'a pas permis la participation et une prise en charge par la population.

"Le rôle de la population au sein des conseils d'administration, tant des conseils régionaux que des établissements, est unanimement jugé de peu d'importance. Le peu de place fait jusqu'à maintenant à la consultation de la population dans le processus d'élaboration des directives et politiques socio-sanitaires, l'intérêt moindre que portent les conseils régionaux à leur rôle d'animateur du milieu, la tiédeur de la plupart des permanents d'établissements à l'idée de voir la population davantage engagée au niveau régional, enfin le peu d'intérêt manifesté par la majorité des conseils régionaux à servir d'instrument de pression de la population sur les établissements ou le ministère sont autant de faits corroborant ce constat."<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les publications du Québec, 1988, p. 169.

Suite à une deuxième consultation provinciale et régionale et plusieurs mémoires analysées en commission parlementaire la réforme de la santé et des services sociaux voit le jour avec le dépôt du Projet de Loi 120 le 7 décembre 1990. La décentralisation sera opérée sur le renforcement des structures régionales par la création des régies régionales qui remplaceront les conseil régionaux de la santé et des services sociaux.

Le thème de la régionalisation s'est révélé un des arguments de vente centraux du projet de réforme du réseau de la santé et des services sociaux. Conforme aux conclusions de la Commission Rochon, cet objectif qui tient pratiquement d'un consensus social repose sur la nécessité de rapprocher les centres décisionnels des citoyens. Le ministre de la Santé et des services sociaux en parle en ces termes:

"Il y aura décentralisation ou, en d'autres mots, régionalisation des services de santé et des services sociaux"<sup>16</sup>

D'après Parazelli (1990), le projet de régionalisation formulé par l'avant projet de loi est une fausse décentralisation politique. En fait, on déconcentre au niveau de la conception politique et administrative des services et on décentralise uniquement au

---

<sup>16</sup> Allocution de monsieur Marc-Yvan Côté, ministre de la Santé et des services sociaux du Québec, devant le Conseil régional de la santé et des services sociaux, région du Québec, février 1991, p. 10.

niveau des tâches l'organisation du travail. Cette réorganisation n'offre aucune autonomie régionale quant aux choix des orientations. Contrairement au discours véhiculé par le ministre, cette régionalisation demeure initiée, orientée, dirigée et évaluée par le pouvoir central.

Cette tendance à la régionalisation a comme catalyseur un constat d'échec de ce que monsieur Jacques Parizeau, Chef de l'Opposition officielle, a appelé les solutions "mur à mur".

"...c'est à dire, la propension des gouvernements à élaborer des normes nationales inflexibles au détriment des réalités locales, sous-régionales ou régionales. Cette intransigeance a amené une désaffectation des citoyens envers la recherche de solutions originales et adaptées aux besoins locaux. Les normes nationales n'ont finalement laissé que très peu de place à l'initiative des communautés désireuses de prendre en charge leur développement."<sup>17</sup>

Selon le Dr Aubry (1991), présidente de l'Association des conseils des médecins et pharmaciens du Québec, cette réforme axée sur le citoyen n'est qu'un leitmotiv pour justifier les interventions innombrables de l'appareil technocratique. On veut faire participer la population à une gestion de décroissance après avoir failli à une saine

---

<sup>17</sup> Trudel, Rémy. La régionalisation des services sociaux et de santé. Un argument de vente plus que le reflet de la réalité. La Presse, Montréal, mercredi 6 mars 1991.

administration, au ministère. Et l'on fait croire que la population est intéressée à la gestion alors que les élections municipales et scolaires sont, année après année, une preuve éclatante de faillite d'une telle idéologie. La participation du citoyen se limite à une place prépondérante au sein des conseils d'administration qui sera probablement noyauté par les fonctionnaires. La conclusion, selon le député de l'Opposition Rémy Trudel, c'est que le projet de loi révèle un véritable décalage entre le discours et la réalité telle qu'énoncée dans les articles de la loi proposée par le ministre.

C'est avant tout le ministre qui détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et voit à ce que les régies régionales s'exécutent. Outre les droits de regard direct de l'administration centrale sur l'organisation régionale, cette dernière sera placée sur une constante tutelle par de nombreuses autres dispositions de la Loi 120.

En fait, les fonctions de planification et les fonctions décisionnelles sont ou bien réduites par les balises émanant de Québec ou bien assujetties à une autorisation quelconque. Indéniablement, le pouvoir central conserve tous les leviers d'action nécessaires au maintien de son contrôle. Peut-on vraiment parler d'un partage du pouvoir entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régions, lorsque ces dernières disposent tout au plus du pouvoir de sélectionner certains paramètres d'intervention dans

une grille déjà définie par le ministère. Les régies régionales apparaissent beaucoup plus comme de simples exécutantes de politiques qui demeurent centralisées au plus haut niveau.

D'aucuns soumettront qu'il s'agit d'un point de départ; qu'il est utopique de croire à une véritable décentralisation. Bien que le ministre lui-même a déclaré:

"...que si on choisit de décentraliser, ce sera une vraie décentralisation, vers les régions, vers les sous-régions et vers le local. Chacune de ces instances doit avoir la marge de manoeuvre et les leviers d'action nécessaires."<sup>18</sup>

L'analyse de ces réalités révèle des objectifs conflictuels; la conception et la pratique de l'autonomie sont bien différentes selon la position de l'Etat ou du citoyen. Depuis 1980, les opérations de transferts de responsabilités chez les autochtones démontrent cette dichotomie. La gestion des programmes gouvernementaux par les autochtones n'a pas rejoint les désirs et les capacités de ces derniers de se prendre en main. De plus, la décentralisation administrative de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec des 15 dernières années a eu peu d'effets sur la participation

---

<sup>18</sup> Note pour l'intervention de monsieur Marc-Yvan Côté, ministre de la Santé et des Services sociaux, lors de la séance de clôture de la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi sur les services de santé et des services sociaux, le mercredi 11 avril 1990, p. 12.

et la prise en charge par les citoyens. Ces constats nous amènent à nous interroger sur les conditions à mettre en place pour répondre aux objectifs de prise en charge et d'autonomie.

### 1.5 La question de recherche

La problématique dégage des éléments qui démontrent qu'entre la réalité et le discours de prise en charge se trouvent des écarts souvent considérables. Toutes les parties en cause démontrent une volonté de décentraliser les responsabilités et de participer à la gestion des programmes et services mais l'écart réside dans les objectifs poursuivis par l'une ou l'autre des parties. La pratique indique que les communautés, les régions et l'appareil de l'Etat ont des préoccupations différentes que l'on voudrait résoudre avec le même moyen, c'est-à-dire la décentralisation et les transferts de responsabilités. Nous pouvons donc conclure que le problème se situe au niveau de la gestion des activités de transfert de responsabilités dans une optique de décentralisation et de prise en charge.

La question de recherche est la suivante: **en fonction des études de cas et des modèles de décentralisation déjà présents dans la littérature, quelles seraient les conditions émergeant du processus de décentralisation constituant des indices qui**



**répondraient aux besoins d'autonomie et de prise en charge de l'Etat, des administrateurs, des communautés autochtones et non-autochtones?**

### **1.5.1 Les questions spécifiques de la recherche**

1. Quels sont les composantes ou l'ensemble des éléments auxquels les parties concernées doivent être attentives afin de planifier, de conduire et d'évaluer les activités de transfert de responsabilités dans une perspective de prise en charge?
2. Compte tenu des conditions retenues y a-t-il un ou des modèles de décentralisation plus pertinents qui facilitent la prise en charge?

### **1.6 Les objectifs de la recherche**

Tel que souligné, la présente recherche découle d'une pratique et d'un questionnement sur la nécessité de relever des conditions de prise en charge pour supporter un processus de décentralisation.

Afin de bénéficier des expériences antérieures, le cadre de cette recherche nécessite une meilleure connaissance de ce qui s'est fait ailleurs en matière de

décentralisation et des conditions d'échec et de réussite à une prise en charge.

Les principales étapes de la recherche:

- 1° Dégager des leçons des différentes tentatives de décentralisation en mettant en relief les conditions qui ont amené la prise en charge.
- 2° Suggérer un cadre de référence plus pertinent à la prise en charge.

**1.7 Les limites de la recherche**

La recherche tient compte de certaines limites reliées à la nature des informations et à la méthodologie. La recherche se limite à l'analyse d'expériences relevées de la littérature. D'une part, la limite majeure est le manque d'étude qui décrit tout le processus de décentralisation, c'est-à-dire le comment s'effectue le transfert de responsabilités. De plus, la littérature contient peu d'études qui examinent les effets de la décentralisation chez les minorités ethniques. D'autre part, en ce qui concerne les données recueillies, le principal problème est relié à la qualité des documents. Le chercheur étant contraint de travailler avec le matériel disponible, il est impératif d'être très sensible aux biais découlant du matériel même.

Les limites de la méthodologie se situent au niveau de l'analyse du contenu qui a un pouvoir explicatif limité. La généralisation des résultats est toujours limitée à l'univers des auteurs des documents et à la période où ceux-ci furent rédigés. L'idéologie du chercheur-intervenant, sa sensibilisation plus grande à certaines dimensions du problème, son désir de prouver ses hypothèses sont autant de facteurs pouvant limiter la qualité et la validité d'une analyse.

## **Conclusion**

Dans ce chapitre, nous avons présenté le contexte de la problématique et la nécessité de relever des conditions de prise en charge pour supporter les parties concernées dans un processus de décentralisation. La dimension des conditions servant de points de repère pour supporter un processus de décentralisation appelle à l'examen et à l'intégration des concepts, des notions de prise en charge et de décentralisation ainsi que l'analyse de certains cas de décentralisation. Le chapitre 2 présente le cadre conceptuel et différents modèles de décentralisation qui permettent de développer une instrumentation pour analyser les cas de décentralisation.