

La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1970

Le passage à un nouveau référentiel sectoriel ?

Mélanie Bourque et Gaëlle Leruste

Volume 29, numéro 2, 2010

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/045169ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/045169ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Société québécoise de science politique

ISSN

1203-9438 (imprimé)

1703-8480 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bourque, M. & Leruste, G. (2010). La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1970 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel ? *Politique et Sociétés*, 29(2), 105–129.
<https://doi.org/10.7202/045169ar>

Résumé de l'article

Depuis la commission Castonguay-Nepveu, le discours sur le système de santé s'est considérablement transformé. L'idée d'un recours plus grand au secteur privé comme solution aux problèmes du secteur public s'est imposée de façon de plus en plus évidente depuis la fin des années 1980. Quelles ont été les idées véhiculées par les principaux acteurs individuels et collectifs ? L'idée d'une participation plus grande du secteur privé a-t-elle réussi à s'imposer ? En s'inspirant de la perspective cognitive, cet article tente de retracer l'évolution du discours des acteurs sur le système de santé québécois.

La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1970

Le passage à un nouveau référentiel sectoriel ?¹

Mélanie Bourque
Université du Québec en Outaouais
melanie.bourque@uqo.ca

Gaëlle Leruste
Université McGill
gaelle.leruste@mail.mcgill.ca

Depuis la commission Castonguay-Nepveu, le discours sur le système de santé s'est considérablement transformé. L'idée d'un recours plus grand au secteur privé comme solution aux problèmes du secteur public s'est imposée de façon de plus en plus évidente depuis la fin des années 1980. Quelles ont été les idées véhiculées par les principaux acteurs individuels et collectifs? L'idée d'une participation plus grande du secteur privé a-t-elle réussi à s'imposer? En s'inspirant de la perspective cognitive, cet article tente de retracer l'évolution du discours des acteurs sur le système de santé québécois.

Since the Castonguay-Nepveu Commission, discourse on health system has undergone important changes. Since the end of the eighties, the idea that the private sector may be the ultimate solution to public sector problems has taken more place in the public debate. What was the role of major individual and collective actors? Has the idea of an increased participation from the public sector been successfully established? Using the cognitive approach, this paper tries to capture the evolution of the players' discourse on the Quebec health system.

-
1. Cet article fait partie d'une série de trois. Celui-ci porte sur les groupes d'acteurs qui sont intervenus dans les discussions concernant le système de santé depuis les années 1980, le second ciblera le contenu même des rapports des commissions parlementaires, alors que le troisième se penchera sur le lien entre les rapports et les réformes successives du secteur de la santé. La production de cet article a été possible grâce au financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Nous tenons à remercier Anne Mevellec pour ses judicieux conseils et nos discussions, ainsi qu'Amélie Quesnel-Vallée, Lionel Robert et Hélène Lebrun pour leurs précieux commentaires. Nous remercions également les évaluateurs de la revue qui ont permis d'améliorer l'article substantiellement.

Au Québec, l'adoption du régime d'assurance maladie universel a été réalisée dans une conjoncture troublée marquée en particulier par la crise d'octobre 1970. À l'époque, les médecins spécialistes s'opposent farouchement à une telle mesure et font la grève. Malgré cette opposition, les libéraux de Robert Bourassa mettent en œuvre le régime d'assurance maladie recommandé par la commission Castonguay-Nepveu². Le principe de cette assurance sociale – l'accessibilité universelle aux soins de santé selon le besoin, sans égard au revenu – est à la base du nouveau régime. Les raisons sociopolitiques de cette adoption sont sans aucun doute multiples. On peut toutefois affirmer que la mise en place de l'État providence québécois constitue un des éléments centraux dans le choix de tels instruments de politiques publiques. La contestation de groupes de médecins montre, par ailleurs, qu'existent, au sein de ce système, des idées opposées qui sont sources de conflits depuis sa mise en place et qui auront un impact sur son évolution dans un contexte de transformation.

Il faudra attendre une quinzaine d'années pour que l'État québécois, cette fois sous la gouverne du Parti québécois, mette sur pied une autre commission d'enquête dirigée par Jean Rochon. Ce sont les libéraux de Robert Bourassa qui recevront le rapport en 1988. Certaines des recommandations du rapport Rochon seront appliquées par les ministres Thérèse Lavoie-Roux en 1989, puis Marc-Yvan Côté en 1991 : par exemple, la reconnaissance du milieu communautaire comme acteur du système de santé dans le but de diminuer les dépenses de l'État (Trottier, 1991). Ce n'est qu'en 1997 qu'on assistera à une réforme importante dont le but premier sera la réduction des coûts. Le virage ambulatoire, adopté par le gouvernement péquiste de Lucien Bouchard, constituera la première transformation significative du financement et de l'organisation du système de santé. À partir de 1999, les gouvernements tant libéraux que péquistes qui se succéderont commanderont à intervalles réguliers pas moins de quatre rapports à divers groupes de travail et à une commission d'étude, dont les thèmes porteront essentiellement sur la question du secteur privé et du financement du système de santé. Les acteurs qui participeront à ces exercices publics contribueront à la transformation d'un système qui avait consacré Claude Castonguay comme le père de l'assurance maladie au Québec.

Les commissions d'enquête, d'étude et les groupes de travail constituent des lieux importants de débats liés aux politiques publiques et à l'intervention de l'État (Denis, 2001). Si les premières sont davantage ouvertes à la délibération, les seconds, même s'ils sont significativement moins démocratiques, appellent tout de même à la participation des principaux groupes sociaux et provoquent des débats importants dans la société. Il s'agit donc d'environnements d'échange où peuvent s'exprimer la grande majorité des idées liées à l'enjeu sur lequel porte l'événement. Les commissions et les groupes de travail sur le thème de la santé ont effectivement été le lieu de discussions importantes qui ont provoqué un débat social relativement large. Il ne fait aucun doute qu'ils constituent des laboratoires d'idées pour les gouvernements (Firbank, 2008). Malgré le fait que plusieurs études aient eu pour objet les commissions d'enquête dans le domaine de la santé, la plupart s'intéressaient uniquement à un rapport à la fois et prenaient peu en considération les acteurs ayant participé

2. Les recommandations des rapports ne seront cependant pas appliquées de façon intégrale. Par exemple, le rapport Clair proposait la création d'une « assurance vieillesse » dans le but de pallier les coûts importants que représente l'hébergement des personnes âgées. Celle-ci, on le sait, ne sera pas mise en place. Les rapports des commissions demeurent des instruments de consultation pour le gouvernement qui ne résultent pas nécessairement en des mesures concrètes.

à ces commissions. Par exemple, en 1990, Pierre Bergeron compare les recommandations des commissions Castonguay-Nepveu et Rochon. Jean-Louis Denis et Carl-Ardy Dubois (2001) s'intéressent à l'évolution de la notion d'imputabilité dans les rapports de trois commissions d'enquête de 1970 à 2001. Pour sa part, Johanne Charbonneau (2001) fait un compte rendu de la commission Clair, alors que Benoît Gaumer (2006) propose plutôt une analyse de la conception de l'intégration des services sociaux dans les rapports des commissions Castonguay-Nepveu et Rochon. Pierre Noreau (2008) analyse les recommandations des rapports et Oscar Firbank (2008) retrace, quant à lui, le concept de qualité des soins dans les rapports des commissions Castonguay-Nepveu, Rochon et Clair. Aucune de ces études ne s'est toutefois penchée sur la participation des acteurs aux commissions parlementaires.

Le présent article vise à comprendre la construction de sens dans les mémoires des commissions d'enquête et des groupes de travail autour du thème de la privatisation. Son but est de saisir l'évolution du discours des médiateurs, ou si l'on préfère des entrepreneurs politiques, et d'avoir un indice du poids de leurs idées sur l'évolution du système de santé. La première partie visera à présenter l'approche cognitive ainsi que les principaux concepts auxquels nous aurons recours. La deuxième partie portera sur la méthodologie utilisée pour analyser notre corpus. La troisième survolera le rôle du fédéral et le contexte dans lequel a eu lieu la commission Castonguay-Nepveu. Enfin, la quatrième partie sera consacrée à retracer l'évolution du discours des acteurs sélectionnés. Notre objectif principal est de saisir l'évolution du discours des acteurs et plus précisément la progression de l'idée de privatisation de la fin des années 1980 à aujourd'hui.

Cadre théorique

Les notions de représentation sociale, d'idée et même de croyance ont été marginales dans le champ de l'analyse des politiques publiques jusqu'à la toute fin des années 1980. Certaines analyses inspirées de l'approche foucaldienne portaient sur le discours politique, mais très peu, à notre connaissance, traitaient des politiques publiques. Les idées, comme prémisses de l'analyse des politiques publiques, constituent aujourd'hui une approche importante (Béland, 2005; Hall, 1993; Jobert et Muller, 1987; Muller, 2000a; 2005; Sabatier et Schlager, 2000). Les théories cognitives ont permis de dépasser l'analyse proprement institutionnelle et de mieux comprendre le rôle des acteurs dans la construction du sens donné à l'action publique. Elles visent, entre autres, à expliquer la genèse ou les éléments fondateurs des politiques publiques. Il ne s'agit toutefois pas de limiter ce type d'études à la simple reconstruction de sens dans les différents secteurs des politiques publiques, mais bien d'expliquer comment s'opèrent les transformations dans ces mêmes secteurs.

Selon Pierre Muller (2005), les politiques publiques constituent une représentation à la fois du problème, de la solution et des objectifs visés. Elles projettent une conception du monde issue de la confrontation entre les groupes sociaux. Le choix des instruments est alors conditionné par cette vision qui sert à donner un sens à la politique. Parce qu'elles sont nécessairement associées à des intérêts, les idées ne doivent toutefois pas être analysées en vase clos (Béland, 2005). Il ne s'agit donc pas d'isoler simplement les idées, mais bien de les mettre en rapport avec les acteurs qui les ont véhiculées. Si certains acteurs sont en mesure d'influencer le sens de l'action publique dans un secteur donné, c'est qu'ils défendent leurs intérêts associés

eux-mêmes à une vision du monde particulière. La confrontation favorisera *de facto* certains groupes au détriment des autres, puisqu'ils seront en mesure d'imposer leurs idées et ainsi de définir la représentation du monde dominante dans un secteur particulier. La notion de domination est centrale. Pierre Muller (2000b) montre d'ailleurs comment les médiateurs, définis comme les porteurs de nouvelles idées, ont fini par imposer leur représentation du territoire dans le domaine de l'agriculture française et, ainsi, par transformer le référentiel sectoriel.

Le concept de référentiel permet de définir la représentation du monde véhiculée par les acteurs et les politiques publiques d'un secteur. Les référentiels se réalisent comme des mécanismes d'interprétation du monde par lesquels une vision de la société s'impose et sera acceptée et reconnue par le plus grand nombre d'acteurs du secteur (Muller et Surel, 1998; Muller, 2005). Cette approche définit deux référentiels : le référentiel global et le référentiel sectoriel. Ces deux concepts arrivent trois dimensions : la dimension cognitive qui permet de comprendre et d'expliquer les problèmes ; la dimension normative qui réfère aux valeurs associées à la résolution de problèmes ; et la dimension instrumentale qui définit les principes d'action de la politique (Jobert, 1994). Le référentiel global représente le lieu commun où les acteurs puisent le sens de leur action. Il définit alors la structure et, par le fait même, les contraintes cognitives et normatives imposées à l'action publique dans l'ensemble de ses secteurs (Muller, 2000a). Cela ne signifie toutefois pas que le référentiel global s'impose de manière mécanique et totale à tous les secteurs de l'ensemble des pays, mais plutôt qu'il définit un cadre général avec lequel le référentiel sectoriel est mis en rapport. Il n'y a donc pas de changement total et immédiat même si un nouveau référentiel global s'impose. Il s'agit d'un processus lent dont le résultat est issu de luttes de pouvoir entre différents acteurs. Malgré la domination de certaines idées sur les autres, la confrontation ne saurait disparaître du débat démocratique, peu importe la nature du référentiel.

Le référentiel sectoriel représente le cadre normatif, cognitif et instrumental d'un secteur particulier de l'action publique. On peut citer à titre d'exemples la politique économique, la politique culturelle ou la politique sociale. La relation entre le référentiel global et les référentiels sectoriels repose sur la contrainte puisqu'elle impose aux acteurs « une forme de vérité de plus en plus difficilement contestable, parce qu'elle se révèle la plus efficace pour donner du sens au monde vécu des agents » (Muller, 2005 : 170). On constate dès lors que cette relation entre les concepts de référentiel global et sectoriel renvoie à la relation de domination que nous décrivions plus tôt. En effet, la représentation du monde à partir de laquelle est constitué le référentiel s'impose comme étant la « bonne ». Ainsi, les pratiques d'un secteur de l'action publique seront remises en question lorsque les politiques antérieures deviennent illégitimes (Muller, 2005). Autrement dit, le référentiel sectoriel sera considéré comme désuet lorsqu'un décalage trop important l'éloignera du référentiel global dominant. Certains groupes d'acteurs s'appuieront d'ailleurs sur l'existence de ce décalage pour se réclamer de la transformation du référentiel sectoriel. La remise en question mènera nécessairement à une transformation de ce secteur où sera dorénavant imposé le nouveau cadre normatif sectoriel porté par les médiateurs et défini en rapport étroit avec le référentiel global.

Pierre Muller (1999 ; 2005) définit deux grands référentiels globaux : le référentiel global modernisateur et le référentiel global de marché. Le référentiel modernisateur correspond selon lui à la période d'après-guerre et se caractérise

par une intervention accrue de l'État que certains ont appelée l'État providence. Le référentiel de marché est associé à la période post-providentialiste, au désengagement de l'État. Selon la perspective cognitive, les référentiels sectoriels évolueront en fonction du référentiel global.

Nous appuyant sur ces auteurs, nous pouvons affirmer que le référentiel sectoriel de la santé a évolué en fonction des référentiels globaux. Pour les fins de cette analyse nous proposons une typologie des référentiels sectoriels de la santé: 1) le référentiel sectoriel modernisateur; 2) le référentiel sectoriel de marché; 3) le référentiel sectoriel mixte.

Depuis les années 1970, donc:

- 1) Le référentiel modernisateur de la santé se rapporte: a) sur le plan de la dimension cognitive, à la solidarisation et à la démarchandisation face à des risques considérés comme sociaux (la maladie, le chômage, la vieillesse...), donc au risque social; b) la dimension normative est associée aux grandes valeurs providentialistes (justice sociale, égalité, universalité, accessibilité aux soins de santé); c) quant aux dimensions instrumentales de ce référentiel, elles consistent en la mise en place de l'assurance santé universelle.
- 2) Le référentiel sectoriel de marché véhicule, quant à lui: a) une dimension cognitive associée au risque individuel que représente la maladie; b) sa dimension normative est liée aux notions d'efficacité, d'équité, de responsabilité individuelle, de performance, de qualité des soins; c) enfin, les instruments de ce référentiel visent une privatisation totale ou partielle des soins et prennent plusieurs formes: le recours à l'assurance privée duplicative ou non; la prestation privée de services; l'application de la gestion managériale au réseau public; la contractualisation des services, entre autres, sous formes de partenariats public-privé (PPP); et, enfin, le renvoi à l'individu en tout ou en partie des frais des soins (ticket modérateur ou *out-of-pocket*).

Les transformations des politiques publiques sont rarement radicales et soudaines (Baumgartner et Jones, 1993; Pierson, 2004). Elles demeurent soumises, entre autres phénomènes, à l'histoire institutionnelle de chaque pays. Ainsi, un revirement complet d'une politique publique risque rarement de se produire. Les systèmes de santé québécois ou canadiens, par exemple, ont peu de chances d'être soumis parfaitement au référentiel sectoriel de marché. Autrement dit, il est quasi impossible que le système de santé du Québec devienne une copie conforme du système américain.

- 3) C'est sur cette base que nous proposons l'idée d'un troisième type: un référentiel sectoriel mixte, qui permet d'analyser les transformations des idées véhiculées par les acteurs et avec elles celles des politiques publiques. Dans cette perspective, un secteur de l'action publique peut voir son référentiel sectoriel s'ajuster au référentiel global, mais sans qu'il s'y soumette nécessairement et entièrement. Notre analyse permettra d'identifier un processus de transformation significative du référentiel de la santé depuis les années 1980. Il nous sera toutefois impossible de conclure à l'imposition intégrale du référentiel de marché dans le secteur de la santé. Nous proposons plutôt la thèse de l'apparition d'un référentiel mixte, soit l'idée d'une modernisation de marché liant le public au privé

qui véhicule toujours l'idée d'universalisme, mais qui, progressivement, accueille le principe d'une remarchandisation partielle mais significative du secteur de la santé. a) Sur le plan cognitif, le référentiel mixte s'appuie à fois sur le principe de risque social et d'universalité, mais le combine au principe de risque individuel. b) La dimension normative, tout en ne faisant pas table rase des grandes valeurs providentialistes associées au référentiel modernisateur, s'appuie sur les valeurs d'équité, d'accessibilité aux soins de santé, d'efficacité et de performance. c) Sur le plan des instruments, on assiste à une privatisation partielle des soins de santé.

À ce titre, il faut rappeler qu'aucun médiateur, à l'exception peut-être de l'Institut économique de Montréal (IEDM), ne propose l'imposition d'un référentiel de marché de la santé qui corresponde parfaitement à celui de notre typologie. À cet égard, ils sont porteurs d'un référentiel sectoriel mixte et nous montrerons qu'ils ont réussi à l'imposer, du moins en partie.

Graphique 1
Vers un référentiel mixte



Méthodologie

Le corpus est composé des rapports et des mémoires déposés aux commissions d'enquête, d'étude et aux groupes de travail sur le système de santé – la Commission d'enquête sur la santé et le bien être social (Castonguay-Nepveu) 1966; la Commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux (Rochon) 1988; le Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé au Québec (Arpin) 1999; la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Clair) 2001; le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec (Ménard) 2005; le Groupe de travail sur le financement du système de santé (Castonguay) 2008 –, ainsi que d'une revue de presse systématique³ qui traite des acteurs sélectionnés. Parmi les mémoires des acteurs, nous avons privilégié ceux de la Chambre de commerce de Québec (CCQ), du Conseil du patronat du Québec (CPQ), des associations professionnelles médicales – la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), la Fédération des médecins omnipraticiens du

3. Nous avons procédé à une revue de presse au moyen du moteur de recherche eureka.cc. La recherche a été faite à partir des mots clés: santé et privé ou privatisation dans les quotidiens *Le Devoir*, *La Presse*, *Le Droit* et *Le Soleil* de 1985 à 2008. Environ 9504 articles portaient sur ces thèmes. Nous avons éliminé les éditoriaux ainsi que les articles descriptifs et retenu ceux qui traitaient directement des groupes sélectionnés.

Québec (FMOQ) et le Collège des médecins (CMQ) –, des centrales syndicales⁴ (la Confédération des syndicats nationaux du Québec (CSN), la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) et, enfin, de nouveaux groupes qui ont occupé une place importante dans le débat tels que l'IEDM, CIRANO, la Coalition solidarité santé et le Chantier de l'économie sociale. Au total, nous avons recueilli 30 mémoires. En revanche, il est important de souligner que les associations et les regroupements n'ont pas nécessairement produit de mémoires ou de documents écrits pour chacun des groupes de travail, puisque les groupes de travail n'ont pas la même envergure que les commissions et ne requièrent donc pas la production de tels rapports. Le cas échéant, les associations nous ont référé à une documentation dans laquelle nous retrouvions l'esprit de ce qu'ils avaient présenté. Nous avons également eu recours à une revue de presse. Ce dossier de presse, qui a été constitué en fonction de la représentation des intervenants sélectionnés, nous a également permis de connaître leurs positions et leurs réactions, soit à la création des commissions, soit aux recommandations des rapports.

La documentation a été numérisée. Les informations ont fait l'objet d'une analyse qualitative à l'aide de la version 8 du progiciel NVivo. Cette analyse des données a été réalisée selon les opérations inspirées de Paillé (1996) : un arbre de thématisation a été construit avec NVivo autour des cadres conceptuels retenus dans notre cadre théorique. Pour ce faire nous avons utilisé une grille d'indicateurs associés à l'ancien et au nouveau référentiel (voir la définition des référentiels de la santé ci-dessus). L'intérêt des commissions comme objet d'analyse de l'approche cognitive repose sur plusieurs facteurs :

- La mise sur pied de commissions parlementaires et de groupes de travail vise généralement à redéfinir l'action publique d'un secteur ou à tout le moins à régler un problème identifié.
- Ces commissions représentent des moments de genèse des politiques publiques et influencent généralement, même sur le très long terme, les transformations d'un secteur.
- Elles ont été le lieu de la participation de médiateurs porteurs de la mutation du référentiel sectoriel associé aux soins de santé.
- Les demandes des gouvernements se sont accélérées à partir de la toute fin des années 1990, si bien que quatre rapports ont été produits en moins de dix ans. Ce phénomène témoigne d'un processus associé à la redéfinition du référentiel sectoriel du système de santé québécois.
- En 1966, Claude Castonguay, alors commissaire, était consacré comme le père de l'assurance maladie universelle. Quelque quarante ans plus tard, en 2008, il propose un nouveau rapport qui vise le retour du secteur privé, ainsi que l'imposition de frais modérateurs sous la forme de franchise. Un même acteur a donc été porteur de deux référentiels opposés.

4. Nous avons retenu les centrales syndicales parce qu'elles sont plus présentes dans les médias. Nous aurions aussi pu nous référer à des fédérations syndicales telles que la Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ).

Le rôle du gouvernement fédéral dans l'évolution des systèmes de santé provinciaux

La mise en place de l'État providence au niveau canadien et, par le fait même, l'intervention du gouvernement fédéral, ont eu un rôle central dans la transformation du système de santé québécois après la Deuxième Guerre mondiale. La loi sur l'assurance hospitalisation de 1957 ainsi que celle de l'assurance santé de 1967 contribueront de façon importante au financement du système de santé de la province. La contribution normative du gouvernement fédéral culminera en 1984 lorsqu'il adopte la *Loi canadienne sur la santé*, qui affirme le caractère universel et la gratuité des soins de santé pour tous les Canadiens.

Les réformes fédérales subséquentes, dont l'orientation sera très différente, auront aussi des répercussions importantes sur les systèmes de santé provinciaux. Dans le contexte de la crise des finances publiques des années 1990 et de la volonté des gouvernements de réduire les déficits budgétaires, le fédéral, sous la gouverne libérale, adoptera en 1996 le programme de *Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*. Ce programme visera le financement de l'éducation postsecondaire, de la santé et des services sociaux. En 1999, le calcul des transferts ne sera plus établi en fonction des dépenses provinciales, mais bien en fonction de la taille de la population. Ce programme réduira de façon importante la contribution financière du fédéral dans l'ensemble des secteurs de la protection sociale, de l'éducation et de la santé. De ces années de coupures budgétaires il faudra surtout retenir la réduction de la participation du fédéral dans les dépenses de santé. La contribution financière de ce dernier, d'environ 50 % dans les années 1970, a par la suite diminué de façon substantielle (rapport Romanow, 2002). Le gouvernement fédéral ne modifiera toutefois pas la *Loi canadienne sur la santé*, ce qui limitera les possibilités de changement au sein de ce secteur dans les provinces⁵.

Aperçu de l'évolution du régime de santé au Québec: 1960-1980

À la suite de l'introduction des programmes fédéraux à frais partagés, le Québec met en œuvre au début des années 1960 le programme d'assurance hospitalisation. On assiste au cours des années suivantes au développement accéléré de l'État providence québécois, d'abord sous la gouverne des libéraux de Jean Lesage. C'est dans ce cadre que la formation de la commission d'enquête Castonguay-Nepveu conduit à la création d'un système de santé universel au début des années 1970.

Nous ne nous arrêterons que brièvement aux acteurs ayant participé à la formulation des idées qui ont mené au rapport Castonguay-Nepveu. Il nous semble toutefois important de comprendre le contexte de la mise en place du système de santé universel, pour ensuite mieux saisir l'évolution des idées qui y sont associées. Les années 1960 sont celles de la lutte entre la profession médicale et les tenants

5. Le débat sur la question du privé en santé sera présent aussi au fédéral. À la suite de la mise en place d'une commission d'enquête, le commissaire Roy Romanow (ancien premier ministre de la Saskatchewan) rendra son rapport intitulé: *L'avenir des soins de santé au Canada*. Les recommandations réitéreront les principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

de la mise en place d'un régime de santé universel (Facal, 2006). Les médecins spécialistes et les compagnies d'assurances se positionnent dès le départ contre la création d'un tel régime.

Au nom de la médecine libérale, les médecins constituent un des groupes qui livrent la lutte la plus soutenue contre l'affirmation d'un nouveau référentiel sectoriel dans le domaine de la santé. Les médecins spécialistes sont toutefois les plus virulents. Des litiges existent déjà entre les spécialistes et les omnipraticiens sur la rémunération respective des médecins. Au nom de leur spécificité, les spécialistes réussissent à obtenir une rémunération deux fois plus élevée (Gaumer, 2008). Les médecins généralistes créent alors en 1962 une fédération distincte : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Quant aux autres, ils se regroupent dans la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) en 1965. À l'époque, les médecins fixent leurs honoraires en fonction de la capacité de payer du patient. Leur vœu est de créer un régime public qui cible uniquement les plus démunis. Robert Bourassa, dans le but d'instaurer le nouveau système de soins, concède à la FMSQ la possibilité de désaffilier 3 % de leurs membres ; ceux-ci crient au scandale. Même si la presse et la population appuient le gouvernement, les spécialistes s'engagent dans une bataille qui va jusqu'à la grève. On peut penser que, le 1^{er} novembre 1970, la *Loi sur les mesures de guerre* a contribué indirectement à imposer l'instauration du régime universel d'assurance maladie au Québec (Facal, 2006).

Malgré son appui relatif au nouveau régime, la FMOQ revendique la possibilité de désengagement du régime et s'oppose fortement à la salarisation des omnipraticiens. Elle incite également ses membres à se regrouper dans des polycliniques (Demers, 2004). En 1976, la FMOQ obtient le droit de représenter les médecins des centres locaux de services communautaires (CLSC), ce qui met fin au conflit. Le mode de rémunération à l'acte ainsi que des hausses importantes de revenu leur seront également concédés.

Les idées associées au libre-marché sont abandonnées dans le rapport Castonguay-Nepveu au profit de l'idée de solidarisation des risques. L'assurance maladie universelle est donc adoptée par le gouvernement de Robert Bourassa contre le gré d'un groupe surtout, celui des médecins spécialistes, qui revendique à partir de ce moment une participation accrue du secteur privé et une plus grande liberté de pratique pour les médecins. Le consensus social sur l'accessibilité universelle aux soins de santé porté, entre autres, par les centrales syndicales perdurera encore plusieurs années. On peut considérer que les centrales syndicales détenaient une influence importante, du moins après le gain de 1976. Les syndicats du secteur public, alors en front commun, avaient défié la loi spéciale et fait reculer le gouvernement. De plus, en 1977, plusieurs mesures votées par le Parti québécois renforceront leur position. On peut citer à titre d'exemple la loi anti-briseurs de grève (Rouillard, 2004).

L'amorce de la transformation : les années 1980

Les années 1980 sont celles de la remise en cause de l'État providence et du référentiel modernisateur. On assiste, durant cette période, à l'imposition progressive du référentiel global de marché. Les politiques de laissez-faire, l'ouverture des marchés et la transformation du marché du travail qui y est associée ont provoqué des mutations profondes de la régulation étatique (Chevallier, 2003 ; Peck, 2007). Les différents secteurs de l'intervention de l'État sont alors remis en question et redé-

finis sous le thème de l'austérité (Saint-Martin, 2000). L'ensemble des programmes sociaux est questionné. Les premiers sont les programmes de sécurité du revenu (réforme Paradis au Québec en 1989) ainsi que la politique familiale (qui est significativement transformée, en particulier le remplacement des allocations familiales par des crédits d'impôts sous le gouvernement de Brian Mulroney au fédéral). Au nom de la dette et du déficit, les États sabrent dans les dépenses publiques dans le but de rétablir l'équilibre fiscal. Au Québec, les années 1980 sont plus difficiles pour les syndicats du secteur public. Après avoir fait campagne au début de la décennie contre les employés du secteur public (Rouillard, 2004), une série de décrets amorcés par le gouvernement de René Lévesque forcent les employés du secteur public à retourner au travail, imposant d'importants reculs aux syndiqués. Par exemple, les employés de l'État subissent une baisse de salaire se situant entre 5 et 18,85 % (Boivin, 2005). Même si l'accessibilité aux soins de santé reste inchangée, le gouvernement s'attaque au droit de négociation et au droit à la négociation collective des travailleurs de ce secteur. De surcroît, en 1985, le recours au droit de grève est limité, ce qui implique que, dans certains cas, les services essentiels doivent être couverts jusqu'à la hauteur de 90 % (Boivin, 2005). Les moyens de pression des travailleurs de ce secteur sont fortement limités puisque les grèves illégales sont sanctionnées de façon sévère. Dans un contexte de réduction des dépenses étatiques et de la transformation de la régulation sociale, on peut conclure que le rapport de force est moins favorable au porteur du référentiel modernisateur de la santé. Il ne s'agit pas d'une position étatique monolithique dans tous les secteurs de l'action publique, mais d'une dominante dans le secteur de la protection sociale et dans la négociation avec les employés de l'État. Même si le débat sur le système de santé portera en partie sur la privatisation et la réduction des dépenses en santé, aucune réforme majeure ne sera cependant effectuée avant les années 1990.

La commission Rochon : la remise en cause

Déjà à la fin des années 1980 on peut tracer une ligne très nette entre les mémoires qui proposent une implication plus importante du privé dans le système de santé et ceux qui s'y opposent catégoriquement. Le rapport Rochon avait été commandé par le ministre péquiste Guy Chevrette. Dès lors, les médiateurs porteurs de l'idée de privatisation soutiennent certains des principes cognitifs, normatifs et instrumentaux du référentiel de marché alors que leurs opposants tentent de défendre les principes universalistes associés au référentiel modernisateur.

On ne se surprendra pas de constater que la Chambre de commerce du Québec remet en cause, dès les années 1980, «le monolithisme du régime actuel, sa fermeture» (CCQ, 1986); elle tient le monopole étatique pour responsable de tous les problèmes et propose comme solution le recours à l'assurance privée duplicative (assurance privée qui couvre des soins déjà assurés par le régime public), qui pourrait même être déductible d'impôts. Elle insiste également sur le fait que la «réelle» universalité n'existe pas et que subsistent dans les faits plusieurs classes de patients. Le monopole étatique doit donc être brisé: «Une véritable réforme du système passe par une action sur la cause profonde que constitue le monopole [...] ouvrir le système à la concurrence» (CCQ, 1986). Le Conseil du patronat est également en faveur d'une participation accrue du secteur privé. Même s'il ne s'oppose pas à

l'universalité des soins de santé, il remet plutôt en cause la lourdeur des conventions collectives tout en proposant une gestion plus efficace d'un système qui semble lui paraître archaïque (CPQ, 1986).

L'Association des manufacturiers du Québec de son côté questionne les principes associés à l'État providence et insiste sur l'importance de la privatisation de certains services de santé ainsi que la mise en place de frais modérateurs.

La FMSQ ne se positionne pas directement sur la privatisation du système de santé, mais elle tient un discours très critique sur le régime public et recommande le recours à des solutions alternatives. Elle favorise dans cette perspective une participation plus importante du secteur privé; selon elle, il faudrait «évaluer, pour les finalités qui relèveraient des interventions de l'État, les ressources qu'il peut affecter et poser l'hypothèse de la modulation de la nature et de l'intensité des apports étatiques» (FMSQ, 1986). Il ne s'agit pas d'une proposition très claire de privatisation, mais à tout le moins d'une proposition qui vise la limitation des interventions étatiques. La FMOQ semble plus modérée que la FMSQ. Bien qu'elle s'oppose à une privatisation totale du système et qu'elle accepte le principe du maintien du régime universel, elle ne rejette pas l'idée d'une participation plus importante du secteur privé dans le système de santé. Quant à la Corporation professionnelle des médecins (actuel Collège des médecins), elle recommande une réorganisation du système plutôt que le recours à la privatisation.

C'est au nom du droit à la santé que les centrales syndicales militent pour le maintien de la solidarisation des risques à la base du référentiel modernisateur. L'égalité d'accès aux soins de santé est défendue bec et ongles par les principales centrales qui s'opposent au recours au secteur privé. Toutes insistent ainsi sur le fait que la privatisation constitue une menace qui favorise les intérêts particuliers. Elles redoutent le retour du «double standard» (système à deux vitesses) qui avait été aboli par la mise en place du régime d'assurance maladie (FTQ, 1986). Après avoir insisté sur l'importance de la place des syndicats dans la mise en œuvre du régime public, la FTQ affirme: «L'universalité du régime de l'assurance-maladie a été le moyen de maximiser les rendements sociaux et économiques de la santé, car la santé n'est pas simplement un bien privé mais c'est aussi un bien public» (FTQ, 1986). Les contextes politique et économique placent cependant les syndicats dans une position difficile. Comme nous l'avons mentionné un peu plus haut, certains aspects du régime de la convention collective sont remis en question et, dans le secteur de la santé, le droit de grève est étroitement balisé. Les syndicats sont donc porteurs de représentations du monde en décalage avec le référentiel de marché qui s'impose progressivement comme référentiel global, alors que dans leur fonction fondamentale, celle de défendre les travailleurs et les travailleuses, ils se retrouvent sur la défensive (Rouillard, 2009). Le rapport de force n'est certainement pas en faveur de ceux qui défendent un système public universel et gratuit.

Le rapport Rochon propose le maintien du régime public universel en même temps qu'une réorganisation du système fondé sur l'application de principes managériaux issus de la nouvelle gestion publique⁶.

6. Comme nous le montrerons dans un article subséquent, le rapport Rochon représente une étape charnière. En même temps qu'il réaffirme l'importance du système public, il préconise des réformes appliquant des principes du nouveau référentiel de marché. Par exemple, les principes associés à la nouvelle gestion publique (reddition de compte, gestion par résultats, etc.).

En 1988, lors d'une tournée de la ministre Lavoie-Roux, la CPQ propose que l'on ait recours à une gestion privée des petits hôpitaux et la CCQ revendique l'implantation de cliniques privées à l'américaine de type « Health Maintenance Organization » (Presse Canadienne, 25 juin 1988: A6).

Les deux fédérations de médecins, la FMSQ et la FMOQ, s'opposent vertement au rapport. Les syndicats se réjouissent, quant à eux, du fait que le principe de l'universalité y soit réaffirmé (Gaumer, 2008).

Les années 1990 et le changement

Les années 1990 sont témoins de l'apparition de nouveaux acteurs liés à des réseaux favorables à une plus grande privatisation du secteur. D'autres se regroupent sous forme de coalition dans le but de lutter pour le maintien de l'universalité du régime.

L'Institut pour le partenariat public-privé est créé par Pierre Le François, également cofondateur du *Conseil canadien pour les partenariats public-privé*. Celui-ci quitte en effet son poste de sous-ministre de la Santé au milieu des années 1990 pour fonder ces organismes. La volonté semble très claire : faire une place plus importante aux PPP dans le système de santé⁷. Certains des membres qui se joignent à cet institut sont actifs dans le débat et au sein des commissions.

L'Institut économique de Montréal est un *think thank* destiné à promouvoir l'idée que la prévalence du libre marché dans l'ensemble du secteur public serait plus appropriée. Il milite, entre autres, pour la privatisation d'Hydro-Québec et de la Société des alcools du Québec. Sans surprise, il se prononce pour une privatisation partielle du secteur de la santé⁸. Cet institut est d'ailleurs fortement médiatisé. Selon son propre répertoire, l'IEDM aurait été présent 1627 fois dans les médias en 2006, 2064 fois en 2007 et 1645 fois en 2008.

À la fin des années 1990, le groupe CIRANO fait son apparition. Cette institution hybride entre le *think thank* et le centre de recherche universitaire, composée de chercheurs universitaires et de chargés de projets, intervient à plusieurs reprises sur la question des services de santé québécois. Par exemple, Claude Castonguay et Johanne Castonguay produisent, comme membres du groupe CIRANO, un rapport en faveur d'une plus grande privatisation du secteur de la santé⁹. Le gouvernement a recours aux services des experts qui en font partie. Par exemple, dans un rapport, Claude Montmarquette (professeur à l'Université de Montréal, membre du groupe CIRANO et auteur du rapport sur la tarification des services publics de 2008) propose le recours à la tarification de plusieurs services. Certaines institutions canadiennes, tel l'institut Fraser, interviennent régulièrement dans le débat en se positionnant pour la privatisation du système alors que d'autres, comme Policy Alternative, soutiennent le contraire.

La Coalition solidarité santé est formée en 1991 dans le but de défendre l'idée du maintien du régime public universel. Sa création peut être comprise comme la mise en place d'un contrepoids face aux intérêts favorables au privé. Comme c'est au

7. Consulté sur Internet [<http://www.ippp.org/membres/messages/04-1999.html>] le 4 mai 2009.

8. M. Boyer et M. Laberge, 2007, *La place du secteur privé dans le système de santé au Québec*, IEDM.

9. Voir : Grand dossier sur le système de santé [<http://www.IEDM.org>].

point de départ une coalition syndicats-groupes communautaires soutenue financièrement par les centrales syndicales, on peut affirmer qu'il s'agit de la création d'un réseau. Toutefois, la forte compétition entre ces mêmes centrales est exacerbée par une série de lois, particulièrement dans le domaine de la santé.

La seule apparition de ces différents acteurs regroupés en réseau met à jour la crise au sein du secteur. Les groupes porteurs de l'idée de la privatisation sont plus nombreux et issus du monde des affaires, ce qui leur confère un pouvoir considérable dans les rapports de force. Ces groupes s'ajoutent à la constellation d'acteurs déjà partie prenante du débat. Peu de groupes les rejoindront par la suite.

La période d'austérité dans les dépenses publiques ne se termine pas avec le changement de décennie. Au contraire, avec la récession et l'aggravement de la crise des finances publiques, les gouvernements sont peu enclins à dépenser. Tous sont appelés à l'« effort » budgétaire (Bourque et Duchastel, 1996). Les négociations collectives dans le secteur de la santé achoppent pour ne reprendre véritablement qu'en 1998 (Boivin, 2005).

Groupe de travail Arpin

Le rapport intitulé *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec* a été commandé par l'ancien commissaire et ministre de la Santé Jean Rochon. C'est sous la présidence de Roland Arpin que le groupe de travail se met à l'œuvre en 1998. Les membres sont issus de divers milieux : le vice-président du mouvement Desjardins, une avocate d'Hydro-Québec et deux médecins spécialistes. Il s'agit du premier rapport visant expressément la définition du rôle du secteur privé dans le système de santé au Québec. Les principaux groupes consultés sont issus des milieux professionnels médicaux, des centrales syndicales et des associations d'établissements privés, ainsi que du Chantier de l'économie sociale composé de groupes communautaires qui est créé la même année. Bien que la CCQ et le CPQ se soient positionnés dans le débat, ils ne font pas partie de la liste officielle des organismes consultés par le groupe de travail.

La FMSQ qui, dès les années 1960, s'était opposée à l'imposition de l'assurance universelle parce qu'elle porterait atteinte à l'idée de la médecine libérale, défend dans son mémoire l'idée d'une participation plus importante du secteur privé et cela de façon beaucoup plus claire que dans le cadre de la commission Rochon. Le mémoire de la FMSQ propose une augmentation significative de la part du privé avec la création d'un système privé parallèle, le développement de cabinets affiliés ainsi qu'une responsabilisation plus grande des patients. Cette proposition se fait dans le but de défendre les intérêts économiques des médecins (FMSQ, 1999 : 8-9). Le président de l'époque, le Dr. Jean Simard, insiste sur le fait qu'en fermant la porte au privé, « [o]n perd une belle occasion d'affaires » (*Le Devoir*, 1999). Le mémoire est explicite sur la question de l'ouverture au privé : « nous pourrions permettre aux patients d'utiliser leurs propres ressources financières pour obtenir des soins complémentaires » (FMSQ, 1999 : 10). La FMOQ, encore une fois, est plus modérée et s'oppose à l'assurance duplicative pour les services assurés, mais n'en propose pas moins de désassurer certains services qui pourraient alors être pris en charge par le privé. « Mais la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ne préconise pas le développement d'un réseau parallèle privé pour la

prestation des soins déjà assurés par notre régime d'assurance-maladie [...] Certes, il faudrait réviser le panier actuel des services assurés afin d'en extraire les services non médicalement requis » (Dutil, 1998). Quant à la Corporation professionnelle des médecins (actuel Collège des médecins), elle se positionne pour la première fois en faveur d'une participation plus importante du secteur privé.

Des nouvelles institutions mentionnées plus haut, seul l'Institut pour le partenariat public-privé (IPP) participe au groupe Arpin. On trouve également diverses associations d'assureurs privés qui ont tout intérêt à ce que la participation du secteur privé augmente : l'Association canadienne de l'assurance des personnes, le Regroupement des assureurs à charte du Québec, l'Association des centres d'accueil privés autofinancés du Québec, l'Association des hôpitaux privés, l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec, les gestionnaires de clinique privée. Un facteur significatif, selon nous, est le fait que l'IPP, qui se développe, intègre de plus en plus d'institutions privées, telle l'Association des centres d'accueil privés du Québec, ce qui constitue à tout le moins un indice de la formation d'un nouveau réseau formel pour la privatisation du secteur de la santé.

Plusieurs acteurs se positionnent toujours de manière forte contre le recours au secteur privé, dont les centrales syndicales, la FTQ, la CSQ, la CSN et certains groupes communautaires. Leur argumentation est fondée sur le fait que l'accès aux soins de santé ne doit pas reposer sur la capacité de payer des individus. Les mémoires des centrales insistent sur l'importance du maintien des services publics universels. La CSQ se prononce d'ailleurs sur la teneur du débat en annonçant que les progressistes se battraient pour un système accessible et de qualité (communiqué 7 août 1999). Selon les centrales, un recours plus grand au secteur privé causerait des inégalités et détériorerait les conditions de travail des travailleurs syndiqués et communautaires du domaine.

Le rapport, déposé en septembre 1999, arrive peu après un conflit entre les infirmières et le gouvernement de Lucien Bouchard qui se solde par une loi spéciale qui déclare la grève illégale. Le rapport affirme probablement pour la dernière fois et de manière aussi explicite, même si c'est de façon beaucoup plus instrumentale que dans le rapport Rochon, l'importance de maintenir un régime public universel. Il propose toutefois le recours accru à la contractualisation de type PPP.

Les médecins spécialistes répondent favorablement aux propositions du rapport. Le Dr. Simard, président de la FMSQ, affirme : « On voit que le groupe de travail a répondu très favorablement à nos propositions » (Bégin, 1999). Marie Pelchat, porte-parole de la Coalition solidarité santé, insiste au contraire sur le fait qu'« [i]l y a un paradoxe dans le rapport : on dit non à la privatisation, mais en même temps, on dit oui au privé » (Bégin, 1999). Le président de la CSN, Marc Laviollette, va encore plus loin : « En apparence, on plaide pour un maintien du public, mais quand ça concerne le développement des ressources, on les confère au privé » ; il soutient même que c'est « le royaume de la médecine-entreprise » (Bégin, 1999).

On peut soutenir que, depuis le rapport Rochon, les associations professionnelles médicales ont durci leur discours en faveur d'une participation plus importante du secteur privé dans les soins de santé au Québec sans rejeter complètement la composante publique de ce dernier.

La commission Clair

La commission présidée par Michel Clair a été mise sur pied par la ministre Pauline Marois en 2000. Les membres de cette commission proviennent principalement du milieu des affaires et du milieu de la santé, même si deux personnes représentant les secteurs syndical et communautaire en font partie. Plus de 200 mémoires ont été déposés à la commission Clair par des acteurs aussi variés que des individus, des regroupements professionnels et des groupes du milieu des affaires et du secteur privé de la santé. L'Institut économique de Montréal (IEDM), dont les positions idéologiques néolibérales sont très marquées, ainsi que la Coalition solidarité santé participent pour la première fois à une commission. Il s'agit de nouveaux acteurs importants et qui, pour le premier, disposent de sommes considérables provenant du milieu des affaires. À ceux-ci s'ajoutent bien sûr les associations patronales, professionnelles et syndicales qui véhiculent toujours les mêmes positions face au système de santé : soit celle du maintien de la gratuité des soins, qui semble de plus en plus difficile à défendre, soit celle d'un recours plus important au secteur privé, qui s'affirme progressivement dans le discours public sur la santé au Québec.

La Chambre de commerce ainsi que le Conseil du patronat du Québec proposent une remarchandisation du secteur de la santé. Le CPQ soutient, entre autres mesures, la mise en concurrence de l'ensemble des services avec le secteur privé. La CCQ insiste sur l'imposition de tickets modérateurs et la contractualisation de certains services. Enfin, l'Alliance des manufacturiers et des exportateurs du Québec croit en la désassurance de certains services et, comme la CCQ, en l'imposition de tickets modérateurs. Quant à l'IEDM, il propose sans aucune surprise une privatisation importante des soins de santé québécois. Dans «Le choix privé universel», texte rédigé par le Dr. Jacques Chaoulli (demandeur dans l'affaire Chaoulli) et le Dr. Edwin Coffey, on peut lire :

C'est une vision des services de santé qui allie la qualité, l'accessibilité, et la liberté de choix pour tous les Canadiens. Elle tente de modifier l'esprit, le vocabulaire et l'orientation du débat public actuel sur la réforme du système de santé au Québec et dans les autres provinces [...] Le choix du privé a donc pour but d'améliorer la qualité, l'accessibilité et le choix pour tous les Canadiens. (Chaoulli et Coffey, 2000)

La FMSQ réitère ses propositions antérieures en affirmant l'importance du recours plus grand à l'assurance privée. Bien qu'elle mette un bémol en insistant sur le fait que la majeure partie du financement doit être publique, elle n'en affirme pas moins :

Le système canadien de soins est beaucoup plus qu'une assurance maladie : c'est une mainmise de l'État sur tous les aspects de la prestation de soins. L'État devrait se limiter à fixer la quantité et les standards de qualité des soins et en garantir le financement, tout en laissant à d'autres, dont les médecins, la responsabilité d'en assumer et d'en gérer la prestation. (FMSQ, 2000)

La FMOQ est, encore une fois, moins radicale dans ses propos, elle insiste d'ailleurs sur le fait qu'elle n'est pas dogmatique mais bien pragmatique. Elle propose, comme elle l'avait fait deux ans auparavant, la désassurance de certains services. Elle suggère également le recours plus grand à la gestion privée des petits établissements et le recours au secteur privé dans certains domaines d'investigations

médicales (FMOQ, 2000). Tout comme le CMQ, elle ne propose donc pas une privatisation massive du régime publique, mais insiste sur le fait qu'il faille imposer des balises.

Les centrales syndicales se mobilisent contre la privatisation de l'assurance santé. Toutes insistent sur l'importance du maintien de l'égalité d'accès aux soins. Pour elles, la santé est une mission centrale de l'État qui ne peut être privatisée. « La CSQ dénonce tous les élans de privatisation et de communautarisation des services sociaux et de santé de l'État québécois [...] Seul un système intégralement public, géré et financé publiquement, permet une équité et une efficacité réelles. » (CSQ, 2000) La FTQ va même jusqu'à demander une couverture publique plus large des soins de santé.

Le rapport Clair propose, entre autres réformes, un recours plus grand au secteur privé, la création d'une assurance vieillesse (assurance contre la perte d'autonomie sur la base de la capitalisation), la mise sur pied de groupes de médecine familiale (GMF), la création de dossiers électroniques des patients et la fusion des établissements de première ligne.

L'ensemble de la profession médicale réagit de façon positive au rapport. Les réactions du milieu syndical sont étonnement multiples. Alors que la CSN et la CSQ dénoncent les propositions du rapport, la FTQ applaudit certaines des recommandations, dont celle de la création de l'assurance vieillesse et des GMF. Le président tente même de faire pression pour que les propositions du rapport Clair fassent l'objet d'une loi-cadre (Marsolais, 2001).

En 2004, le gouvernement de Jean Charest adopte une loi sur les accréditations syndicales dans le secteur de la santé qui fait un vague écho à la critique des conventions collectives développée par de nombreux mémoires depuis le rapport Rochon. Cette loi force la réduction du nombre d'accréditations syndicales par établissement. Cet exercice se déroule durant une période intense de maraude et provoque un repositionnement du mouvement syndical dans le secteur de la santé. Après une vague de consultations par référendum, plus de 6000 membres changent d'accréditation syndicale. Le contexte favorise ainsi la rivalité entre les centrales. Les syndicats sont placés dans une position difficile. Ils doivent consacrer beaucoup d'énergie et de temps à défendre leur unité. L'influence syndicale sur les choix sociaux en est grandement affectée, son rapport aux idées dominantes est en décalage et les interventions étatiques successives les ont affaiblis comme institution, du moins sur le plan de leur influence dans la société (Rouillard, 2009).

Le groupe de travail Ménard

Le groupe de travail de Jacques Ménard est mis sur pied par le ministre Couillard en 2005; le rapport est déposé le 22 juillet 2005 un peu plus d'un mois après l'Arrêt Chaoulli (cette décision judiciaire rendue par la Cour suprême cristallise le débat sur le privé en santé) (Quesnel-Vallée *et al.*, 2006). La décision rendue est en faveur d'un recours à l'assurance privée duplicative. On peut se demander quelle a été l'influence de l'événement sur les signataires du rapport. Le groupe de travail est composé de représentants des centrales syndicales (qui ne comptent pas la FTQ), de hauts fonctionnaires, de consultants privés (généralement ex-directeurs d'hôpitaux), du président du CPQ et de la présidente du Chantier de l'économie sociale. Enfin, la

présence de l'ex-commissaire, Michel Clair, à titre de président-directeur général du groupe SEDNA (groupe spécialisé dans l'administration et la prestation de services de soins de santé privés) est pour le moins surprenante.

Rapidement, les syndicats s'insurgent contre la volonté de recourir de façon plus importante au secteur privé dans la santé, mais surtout contre la façon dont le groupe de travail est mené. Ils se retirent du groupe et ne signent pas le rapport. Les défenseurs du référentiel modernisateur semblent de plus en plus impuissants à imposer leurs idées. De plus, Nancy Neatam et Marie-Claude Martel, représentantes du Chantier de l'économie sociale et du secteur communautaire, signent le rapport tout en soulignant leur dissidence, entre autres sur la question du recours plus important au secteur privé, recommandation avec laquelle elles sont en désaccord¹⁰. On peut affirmer que le rapport rédigé par Jacques Ménard est une copie plus ou moins fidèle du rapport Clair. On y propose encore une fois la création d'une assurance vieillesse ainsi que le recours accru au secteur privé. De la même manière, on réaffirme que le système doit être plus efficace, imputable et mieux géré.

Les réactions sont évidemment fortes dans le milieu syndical. Même si la FTQ fait bande à part en appuyant encore une fois une partie du rapport (Cauchy, 2005), toutes les centrales demandent au gouvernement de mettre au rancart les propositions liées à la privatisation. Le CPQ réplique alors en affirmant que le *statu quo* représente simplement une résistance au changement. Gilles Taillon, alors président du CPQ, n'a pas complètement tort, les syndicats défendent une idée propre au référentiel de la solidarisation des risques issue du référentiel modernisateur qui est évacuée du référentiel de marché.

Peu après, le groupe Ménard, un regroupement composé, entre autres, de Claude Montmarquette, Lucien Bouchard et André Pratte, lance *Pour un Québec lucide*. Le document se veut un plaidoyer en faveur de la lucidité et propose des mesures que plusieurs qualifient de néolibérales, notamment la tarification de plusieurs services publics.

Le groupe Castonguay

De façon assez surprenante, le gouvernement québécois demande en 2007 à Claude Castonguay (membre du groupe CIRANO), père de l'assurance maladie, de présider un groupe de travail dont les membres sont Johanne Marcotte, réalisatrice du documentaire *L'Illusion tranquille* qui remet en cause de façon très idéologique l'État providence, et Michel Venne, directeur de l'Institut du Nouveau Monde, nommé par le Parti québécois. Les groupes consultés sont, encore une fois, les principaux acteurs syndicaux ainsi que le Chantier de l'économie sociale auxquels se joignent des experts du réseau de la santé provenant du secteur public et du secteur privé, le CMQ, la Fondation André et Lucie Chagnon, la CCQ, les fédérations professionnelles médicales, le groupe CIRANO (Claude Monmarquette et Johanne Castonguay), ainsi que Michel Clair, toujours président d'affaires du Groupe SEDNA. Le groupe accepte également certains mémoires produits par le public.

10. Voir l'annexe 2 du rapport Ménard.

Les syndicats sont particulièrement actifs durant cette période de débats importants sur le système de santé. Ils critiquent ouvertement le « Davos de la santé » et participent à la rencontre organisée par le CMQ à l'automne 2007. Ils créent plusieurs activités pour convaincre leurs membres du bienfait de l'assurance santé universelle. Comme les autres, la CSN s'oppose « aux arguments en faveur du désengagement de l'État et de la privatisation en montrant [...] que la gestion publique et l'universalité d'accès aux soins de santé ont permis de créer des régimes de soins de santé plus équitables et plus efficaces » (CSN, 2007).

Le rapport est publié en février 2008 et présenté en primeur devant la CCQ, quelques mois après la date prévue. Il propose entre autres mesures des frais modérateurs, la mise en place d'un nouveau contrat social, la pratique mixte pour les médecins, le recours à l'assurance privée duplicative et une augmentation de la taxe de vente du Québec (TVQ) pour financer le système. Les recommandations de ce rapport proposé par Claude Castonguay vont nettement à l'encontre du référentiel sectoriel de démarchandisation qui avait été proposé 40 ans plus tôt par le même individu. Il est important de mentionner que Michel Venne signe le rapport tout en soulignant sa dissidence sur le plan de la mixité de la pratique médicale. Il s'oppose à une partie du rapport, mais pas à sa totalité.

Les réactions sont vives. Les fédérations professionnelles médicales ainsi que le CMQ réagissent de façon très positive au rapport, particulièrement à propos de la recommandation de la mixité de la pratique : « La gouvernance ne doit pas nuire à l'autonomie des médecins et à la pratique professionnelle. » (FMSQ, 2008) De la même manière, le CPQ applaudit un rapport qui ne fait qu'appliquer des solutions prometteuses tirées d'expériences étrangères, mais rejette l'idée d'une hausse de taxes. Il insiste sur le fait qu'il « juge que la recommandation visant à mettre un terme au cloisonnement public-privé en permettant la mixité de pratiques pour les médecins [est] devenue incontournable » (CPQ, 2008). Les syndicats et la Coalition solidarité santé sont sévères envers le rapport. Ils dénoncent haut et fort la tendance à la privatisation du secteur. Par exemple, la Coalition solidarité santé insiste sur le fait que

[I]le comité Castonguay, sans débat public, redéfinit les valeurs d'universalité, d'accessibilité et de justice sociale à la base du système de santé public pour lui substituer un véritable contrat marchand. Ce sont des valeurs néolibérales qui prennent le relais, reléguant la santé à une marchandise comme les autres. La santé n'est plus considérée comme un droit humain fondamental dont l'État doit être le garant. (Coalition solidarité santé, 2008)

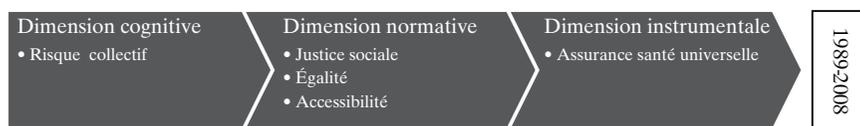
Enfin, il est important de souligner le départ du ministre Philippe Couillard. Après avoir modifié la loi de façon à permettre plus facilement l'adoption d'amendements favorisant l'inclusion du recours à l'assurance privée pour de nouveaux soins (Prémont, 2008), le ministre quitte à l'été 2008 pour se joindre au groupe *Persistence Capital Partners*, membre du fond d'investissements privés en santé PCP.

Conclusion

Les conjonctures économique et sociale, couplées à l'imposition du référentiel global de marché, ne sont certainement pas étrangères à l'évolution décrite ci-dessus. Les syndicats, principaux porteurs du référentiel sectoriel modernisateur de la santé associé au régime public, ont été de moins en moins en mesure de défendre cette

conception du système à la fois parce qu'ils ont dû s'opposer à un nouveau référentiel global antagonique et parce qu'ils ont en même temps été attaqués sur le plan du régime de la convention collective, du droit à la grève et du nombre d'organisations syndicales. Les médiateurs, porteurs du référentiel mixte de la santé, ont donc été en mesure d'influencer le débat de manière importante et de l'imposer. Les principales organisations patronales et médicales ont durci leur discours en faveur de la privatisation du secteur alors que les syndicats ont été identifiés au maintien du *statu quo* et comme des forces réfractaires au changement par ceux qui véhiculaient le discours du changement. Les graphiques 1 à 3 synthétisent chronologiquement les différentes dimensions du référentiel – cognitives, normatives, instrumentales – associées à la privatisation.

Graphique 2
Centrales syndicales et Coalition Solidarité Santé



Graphique 3
Associations patronales



Graphique 4
Associations médicales



Les acteurs qui ont participé aux commissions d'enquête et aux groupes de travail ont maintenu leur position sur la question de l'introduction du secteur privé dans les soins de santé depuis les années 1980. Leur conception du référentiel sectoriel a été maintenue ou s'est radicalisée. Seul Claude Castonguay a fait volte-face; ce changement ne peut être attribué qu'à son histoire personnelle. Les syndicats ont maintenu leur position sur la définition du problème du système de santé (dimension cognitive) qui, pour eux, est centré sur le droit de tous à la santé.

Quant aux dimensions normatives proposées par les centrales syndicales, elles sont demeurées associées au référentiel modernisateur et aux idées de justice sociale, d'égalité et d'accessibilité universelle. Pour ce qui est des instruments proposés, il s'agit du maintien de l'assurance universelle et de la gestion publique du système tels qu'ils furent mis en place par le ministre Castonguay en 1970. On peut conclure que les syndicats ont été constants dans leur défense de l'universalité des soins de santé. Les organisations syndicales québécoises sont demeurées porteuses des idées associées à l'*ancien* référentiel modernisateur. Leurs idées influencent toujours le référentiel sectoriel de la santé, mais elles sont en position de recul par rapport à celle des médiateurs.

Les associations patronales ont analysé la question différemment. Pour elles, le problème du système de santé se trouve dans le monopole étatique et dans la lourdeur des conventions collectives de travail. La dimension normative de leur discours réfère à l'efficacité du système et dans une certaine mesure à la liberté de choix et de pratique. Si leurs positions sur les dimensions cognitives et instrumentales n'ont pas changé, celles qui sont liées à la dimension instrumentale se sont radicalisées. Dans un premier temps, elles proposent des instruments différents associés à la réorganisation du système avec l'introduction de mesures associées à la nouvelle gestion publique tout en faisant allusion à la privatisation (1980-1990), puis, dans un deuxième temps, elles défendent une privatisation accrue ainsi que de nouvelles mesures telles que le ticket modérateur et vont même jusqu'à soutenir la mixité de pratique des médecins (2000).

Les associations professionnelles de médecins ne se positionneront pas immédiatement de façon monolithique en faveur de la privatisation du système de santé. Elles identifient d'abord un problème d'organisation du régime publique. Le discours sur la dimension cognitive ne se transforme pas de façon significative. Pour les médecins, les problèmes résident dans l'organisation du système de santé et dans la pratique de la médecine libérale. La dimension normative porte essentiellement sur la liberté de pratique. De la même manière que les associations patronales, c'est la dimension instrumentale qui évolue le plus. Et c'est la FMOQ et le CMQ qui changent leurs positions graduellement. Après avoir proposé une réorganisation du système, les médecins omnipraticiens insistent sur la nécessité de la modification à la baisse du panier de soins et, de façon générale, du recours à l'assurance privée. On note donc une radicalisation de la dimension instrumentale (dans laquelle on retrouve à peu près les mêmes « solutions » aux problèmes du système de santé) des associations patronales et des associations professionnelles de médecins, porteuses du *nouveau* référentiel mixte modernisateur de marché. On peut d'ailleurs penser que la transformation des positions des médecins a joué un rôle important dans ce changement.

Depuis les années 1980, des médiateurs, porteurs d'idées associées à la privatisation, ont ainsi contribué à la transformation du référentiel sectoriel de la santé. Il faut cependant constater que nous n'avons pas assisté à l'imposition pleine et entière du référentiel de marché dans ce secteur des politiques publiques. L'opposition résolue des défenseurs du référentiel modernisateur, entre autres facteurs, a certes contribué à l'affirmation d'un référentiel mixte qui, plutôt que le tout au marché, propose de lier modernisation et marché, public et privé. Les médiateurs reconnaissent ainsi à tout le moins de façon pragmatique le principe de la solidarisation devant les risques sociaux. Il s'agit cependant, dans leur perspective, de baliser et de limiter l'exercice

de ce principe au nom de valeurs comme la liberté, l'efficacité, l'autonomie et la responsabilité. Il en résulte sur le plan instrumental la nécessité de réintroduire au moins partiellement mais de façon significative les mécanismes du marché et de faire place au privé dans le secteur de la santé. On peut ainsi penser le nouveau référentiel comme un projet de modernisation de marché qui préconise le déploiement du domaine privé aux dépens de la sphère publique. Il s'agit en somme d'appliquer dans le domaine de la santé les principes du partenariat entre le public et le privé. La rédaction de cet article se termine au moment où le budget 2010 est déposé par le ministre libéral Raymond Bachand. L'annonce d'une contribution financière du citoyen sous forme de franchise et de cotisation montre que le référentiel mixte s'est réalisé davantage en passant des idées aux instruments.

Bibliographie

- Association des administrateurs des services de santé et des services sociaux, 1986, *Observations préliminaires*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESSS).
- Association des centres d'accueil privés du Québec, 1986, *Un choix de société: Le système socio-sanitaire québécois, Commentaires et réflexions*, CESSS.
- Association des manufacturiers canadiens, division du Québec, 1986, *Mémoire portant sur les services de santé et sociaux connexes*, CESSS.
- Baumgartner, Frank. R. et Bryan. D. Jones, 1993, *Agendas and Instability in American Politics*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Bégin, Jean-François, 1999, « Cliniques privées: l'Association des hôpitaux est ambivalente », *La Presse*, Montréal, 28 septembre, p. A15.
- Bégin, Jean-François, 1999, « Le rapport Arpin fait des heureux et des malheureux », *La Presse*, Montréal, 23 septembre, p. A5.
- Béland, Daniel, 2005, « Ideas, Interests, and Institutions: Historical Institutionalism Revisited », dans André Lecours (sous la dir. de), *New Institutionalism: Theory and Analysis*, Toronto, University of Toronto Press, p. 29-50.
- Béland, Daniel, 2006, « Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective », *Social Policy and Administration*, vol. 39, n° 1, p. 1-18.
- Bergeron, Pierre, 1990, « La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, vol. 31, n° 3, 1990, p. 359-380.
- Boivin, Jacques, 2005, « L'impact du syndicalisme et de la convention collective », dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (sous la dir. de), *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 337-374.
- Bourque, Gilles et Jules Duchastel, 1996, *L'identité fragmentée*, Montréal, Boréal.
- Boyer, Marcel et Mathieu Laberge, 2007, *La place du secteur privé dans le système de santé au Québec*, Institut économique de Montréal.
- Cauchy, Claire-Andrée, 2005, « Ménard décrie les syndicats », *Le Devoir*, Montréal, 28 juillet, p. A1.
- Centrale de l'enseignement du Québec, 1986, *Les services de santé et les services sociaux*, CESSS.

- Centrale des syndicats du Québec (CSQ), 2000, *Pour en finir avec la grande débâcle sur les services de santé et les services sociaux*, Montréal, CESSS.
- Centrale des syndicats du Québec (CSQ), 2006, *Arrêtons le train de la privatisation*, Commission des affaires sociales.
- Chambre de commerce du Québec (CCQ), 1986, *Le système de santé au Québec*, CESSS.
- Chaoulli, Jacques et Edwin Coffey, 2000, « Le choix privé universel. Une vision de la santé offrant la qualité, l'accès et le choix à tous les canadiens », *Cahier de recherche*, Montréal, Institut économique de Montréal, p. 31.
- Charbonneau, Johanne, 2001, « Compte rendu de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux 2000. Les solutions émergentes. Rapport et recommandations », *Lien social et politiques*, n° 46, p. 33-45.
- Chevallier, Jacques, 2003, *L'État post-moderne*, Paris, L.G.D.J.
- Clouthier, Maurice, 1999, « Santé et services sociaux : Mieux gérer le public et le privé. Le Comité Arpin pour améliorer le partenariat entre les deux secteurs », *Le Devoir*, Montréal, 20 avril, p. A4.
- Coalition solidarité santé, 2008, *Le rapport Castonguay – Un traitement choc pour tuer le système de santé*, CSQ.
- Collège des médecins du Québec (CMQ), 1999, *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Montréal.
- Comité sur la pérennité du système de santé québécois, 2005, *Pour sortir de l'impasse, la solidarité entre nos générations*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être, 1970, *Commission sur la santé et le bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988, *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2001, *Les solutions émergentes*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Canada, Gouvernement du Canada.
- Confédération des syndicats nationaux (CSN), 1998, *Notes et commentaires de la CSN au Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé du Québec*.
- Confédération des syndicats nationaux (CSN), 2000, *Mémoire de la Confédération des syndicats nationaux*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Confédération des syndicats nationaux (CSN), 2007, *En santé : privatiser est la pire solution*, communiqué.
- Confédération des syndicats nationaux (CSN), 2007, *Présentation de la CSN au groupe de travail Castonguay sur le système de santé*.
- Confédération des syndicats nationaux (CSN), Fédération des affaires sociales des professionnels et professionnelles salariés et cadres du Québec, 1986, *La santé pour tous, un choix de société*, CESSS.
- Conseil du patronat du Québec (CPQ), 1986, *Pour des services de santé à meilleur compte et qui répondent aux besoins*, CESSS.
- Conseil du patronat du Québec (CPQ), 2000, *Mémoire sur le système de santé*, CESSS.

- Conseil du patronat du Québec (CPQ), 2008, *Rapport Castonguay : des solutions prometteuses qui n'ont rien de révolutionnaire – à l'exception de la hausse de la taxe de vente, le conseil du patronat souhaite une application rapide des recommandations*.
- Demers, Louis, 2004, « La profession médicale de l'État », dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (sous la dir. de), *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 261-294.
- Denis, Jean-Louis et Carl-Ardy Dubois, 2001, *De la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Clair : Le façonnement de l'imputabilité dans les commissions sur le système de santé publique*, Chaire de recherche sur la gouverne et la transformation des organisations de santé (GETOS).
- Denis, Julien et Joanne Marcotte, 2006, *L'illusion tranquille*, Réalisation : Joanne Marcotte Les productions Captiva inc.
- Dutil, Rénaud, 1998, « Nos gouvernements ont pavé la voie à la privatisation des soins ». *Le médecin du Québec*, FMOQ, vol. 33, n° 11.
- Dutrisac, Robert, 1999, « Réforme du système de santé québécois : Plus de place au privé. Le rapport Arpin ouvre la porte aux mégacliniques », *Le Devoir*, Montréal, 23 septembre, p. A1.
- Facal, Joseph, 2006, *Volonté politique et pouvoir médical : naissance de l'assurance maladie au Québec et aux États-Unis*, Montréal, Boréal.
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), 1986, *Les services de santé au Québec*, CESSS.
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), 1999, *Présentation sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé du Québec*, Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé du Québec.
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), 2000, *Mémoire relatif à l'organisation des services de santé et des services sociaux*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), 2008, *Rapport de travail sur le financement du système de santé : un constat rigoureux et une approche pondéré selon la FMSQ*.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), 1986, *Mémoire sur les services de santé*, CESSS.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), 2000, *Mémoire sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux*, Montréal, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ), 2000, *Mémoire de la FTQ*, Commission d'étude sur la santé et les services sociaux.
- Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, Syndicat canadien de la fonction publique et Union des employés de service, 1986, *Mémoire conjoint sur les services de santé et les services sociaux*, CESSS.
- Firbank, Oscar E, 2008, « Unpacking the Meaning of Quality in Quebec's Health-Care System: The Input of Commissions of Inquiry », *Health Care Analysis*, vol. 16, n° 4, p. 375-396.
- Gaudin, Roger, 2001, « À petit pas [...] de la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Rochon », *Rupture*, vol. 8, n° 1, p. 78-87.
- Gaumer, Benoît, 2008, *Le système de santé et des services sociaux au Québec. Une histoire récente et tourmentée : 1921-2006*, Québec, Presses de l'Université Laval.

- Girard, Marie-Claude, 1999, «Santé: Consultation sur la privatisation réclamée», *La Presse*, Montréal, 7 avril, p. A4.
- Groupe de travail sur le système de santé, 1999, *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008, *En avoir pour son argent*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Hall, Peter, 1993, «Policy Paradigm, Social Learning and the State», *Comparative Politics*, vol. 25, n° 3, p. 275-296.
- Jobert, Bruno et Pierre Muller, 1987, *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*. Paris, Presses universitaires de France.
- Jobert, Bruno (sous la dir. de), 1994, *Le tournant néo-libéral en Europe. Idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*. Paris, L'Harmattan.
- Lachapelle, Jaques, 1999, «Réactions: Les plus heureux sont les médecins. Personne ne s'entend sur la façon de réorganiser le système», *Le Devoir*, Montréal, 23 septembre, p. A1.
- Lacoursière, André, 2007, «L'accès au privé suscite les débats», *La Presse*, Montréal, p. A6.
- Le Galès, Patrick et Pierre Lascoume, 2007, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Collin.
- Légaré, Marie-France, 1999, «Le privé dans la santé: Arpin consulte encore», *La Presse*, Montréal, 20 mai, p. A7.
- Lemieux, Louis, 1999, «Partage du système de santé: Ouverture au privé», *Le Soleil*, Québec, 23 septembre, p. A8.
- Lévesque, Lia, 1989, «La CEQ voit dans les OSIS une privatisation en douce des soins», *La Presse*, Montréal, 10 mars, p. A11.
- Marsolais, Claude, 2001, «La FTQ satisfaite du rapport», *La Presse*, Montréal, 19 janvier, p. A6.
- Muller, Pierre, 2000a, «L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie de l'action publique», *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, p. 189-208.
- Muller, Pierre, 2000b, *Les entrepreneurs ruraux: Agriculteurs, artisans, commerçants, élus locaux*, Paris, L'Harmattan.
- Muller, Pierre, 2005, «Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structure, acteur et cadre cognitif», *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, p. 155-187.
- Muller, Pierre et Yves Surel, 1998, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien.
- Noël, André, 2007, «La santé publique met en garde contre une privatisation des soins», *La Presse*, Montréal, 4 décembre, p. A8.
- Noreau, Pierre, 2008, «Action publique et gouvernance contractuelle: le cas des politiques de santé au Québec», dans Pascale Laborier, Pierre Noreau, Marc Rioux et Guy Rocher (sous la dir. de), *Les réformes en santé et en justice*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Paillé, Pierre, 1996, «De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier», *Revue de l'association pour la recherche qualitative*, vol. 15, 179-194.
- Peck, Jamie, 2007, «Neoliberalization at Work: the Long Transition from Welfare to Workfare», *Institutions, Production, and Working Life*, Oxford, Oxford University Press.
- Pierson, Paul, 2004, *Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis*, Princeton, Princeton, University Press.
- Prémont, Marie-Claude, 2008, «Le système de santé québécois et l'intervention de la Cour suprême du Canada fondée sur les droits de la personne», dans François Béland, André Pierre Contandriopoulos, Lionel Robert et Amélie Quesnel-Vallée (sous la dir. de), *Le Privé dans la santé: Les discours et les faits*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 281-303.

- Presse Canadienne, 1988, «Privatiser des soins de santé au Québec», *La Presse*, Montréal, 25 juin, p. A6.
- Quesnel-Vallée, Amélie, Mélanie Bourque, Cara Fedick et Antonia Maioni, 2006, «In the Aftermath of Chaoulli vs. Quebec: Whose Opinion Prevailed?», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 175, n° 9.
- Rouillard, Jacques, 2004, *Le syndicalisme québécois*, Montréal, Boréal.
- Rouillard, Jacques, 2009, *L'expérience syndicale au Québec*, Montréal, VLB.
- Sabatier, Paul A. et Eric Schlager, 2000, «Les approches cognitives des politiques publiques: perspectives américaines», *Revue française de science politique* vol. 50, n° 2, p. 209-234.
- Shields, Alexandre, 2008, «La CSN s'insurge contre le parti pris du rapport Castonguay. Tout est en place pour ouvrir un marché de la santé au Québec, déplore Claudette Carbonneau», *Le Devoir*, Montréal, 18 février, p. A3.
- Trottier, Sandra, 1991, «La réforme Côté et les organismes communautaires», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, n° 1, p. 142-147.
- Saint-Martin, Denis, 2000, «De l'État providence à l'État d'investissement social?», dans Leslie A. Pal (sous la dir. de), *How Ottawa Spends: Past Imperfect, Future Tense*, Toronto, Oxford University Press, p. 33-58.