|  |
| --- |
| Marie MOISAN  Automne 1987  “Le système socio-sanitaire québécois sous le scalpel de l’État.”  **LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES** CHICOUTIMI, QUÉBEC <http://classiques.uqac.ca/> |



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

*Les Classiques des sciences sociales* est une bibliothèque numérique en libre accès développée en partenariat avec l’Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.



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

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

**Politique d'utilisation  
de la bibliothèque des Classiques**

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l’autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.

- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue

Fondateur et Président-directeur général,

LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Un document produit en version numérique par Réjeanne Toussaint, bénévole, Chomedey, Ville Laval, Qc. courriel: [rtoussaint@aei.ca](mailto:rtoussaint@aei.ca).

[Page web](http://classiques.uqac.ca/inter/benevoles_equipe/liste_toussaint_rejeanne.html) dans Les Classiques des sciences sociales :

<http://classiques.uqac.ca/inter/benevoles_equipe/liste_toussaint_rejeanne.html>

à partir du texte de :

Marie MOISAN

“*L****e système socio-sanitaire québécois sous le scalpel de l’État***.”

In revue **Interventions économiques *pour une alternative sociale***, **L’ÉTAT EN QUESTION #2**, pp. 119-128. Montréal : Revue ***Interventions économiques*** *pour une alternative sociale,* no 18, automne 1987, 272 pp.

 Courriel : Diane-Gabrielle Tremblay : [Diane-Gabrielle.Tremblay@teluq.ca](mailto:Diane-Gabrielle.Tremblay@teluq.ca)

Professeure École des sciences de l'administration

Université TÉLUQ

Tél : 1 800 665-4333 poste : 2878

Police de caractères utilisés :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

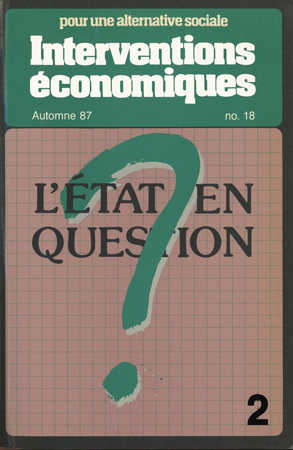
Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5’’ x 11’’.

Édition numérique réalisée le 18 mai 2022 à Chicoutimi, Québec.



Marie MOISAN

**Le système socio-sanitaire québécois  
sous le scalpel de l’État**



In revue **Interventions économiques *pour une alternative sociale***, **L’ÉTAT EN QUESTION #2**, pp. 119-128. Montréal : Revue ***Interventions économiques*** *pour une alternative sociale,* no 18, automne 1987, 272 pp.

**Note pour la version numérique** : La numérotation entre crochets [] correspond à la pagination, en début de page, de l'édition d'origine numérisée. JMT.

Par exemple, [1] correspond au début de la page 1 de l’édition papier numérisée.

[119]

**No 18. L’ÉTAT EN QUESTION #2  
DOSSIER**

“LE SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE  
SOUS LE SCALPEL DE L’ÉTAT.”

Marie MOISAN

*L’orientation de la politique du gouvernement du Québec dans le domaine de la santé inquiète, et à juste titre. Sous prétexte de réduire les coûts du système, toutes les hypothèses ont été avancées : ticket modérateur, ouverture au secteur privé, « rationalisation » des services, ...Et l’enjeu, explique l ’auteure, devient de plus en plus manifeste : « le droit au profit dans le secteur socio-sanitaire ».*

*Marie Moisan présente cet enjeu à partir de deux mouvements importants en train de s’opérer actuellement dans le secteur socio-sanitaire : la* [120] *privatisation de plusieurs parties du système et la désinstitutionnalisation de certaines catégories de bénéficiaires. Dans le premier cas les enjeux sont plus facilement perceptibles ; dans le second cas par contre ils sont moins immédiatement apparents. En effet le mouvement de désinstitutionnalisation s’accompagne d’un discours humaniste qui reprend et utilise des aspirations tout à fait réelles ; des aspirations à recevoir des soins plus humanisés et davantage respectueux de la qualité de vie et de l’autonomie des personnes qui doivent y recourir. Selon l’auteur pourtant, loin de répondre à ces aspirations, le mouvement actuel, tel que déjà on peut l’évaluer, a pour effet d’abandonner à eux-mêmes les bénéficiaires qui sont l'objet de la désinstitutionnalisation. Cela a ainsi pour effet de reporter vers les individus les coûts des services que l’État n’assume désormais plus, et vers le secteur privé la possibilité de les offrir. Si ces tendances se confirment, le résultat des réformes du système de la santé sera moins de réduire les coûts réels de la santé au Québec, objectif supposé de ces mesures, que de réduire les coûts publics, au détriment des individus.*

I.E.

Le rôle de l’État dans la vie sociale et économique fait l’objet d’un débat de plus en plus virulent dans l’ensemble des pays industrialisés de l’ouest. Le rapport Macdonald au fédéral, et le rapport du « comité des sages » au Québec, ont particulièrement contribué à propager la doctrine néo-libérale du « moins d’État, plus de marché ». Dans le domaine socio-sanitaire comme ailleurs, l’État tente de s’en remettre à l’entreprise privée et aux collectivités pour dispenser des soins et des services soi-disant trop coûteux pour le trésor public. La privatisation et la désinstitutionnalisation s’inscrivent explicitement ou implicitement dans cette logique économique de réduction des dépenses publiques en santé.

La réforme Castonguay  
et le discours social sur la santé

Avant de confronter le discours légitimant la privatisation et la [121] désinstitutionnalisation avec la réalité et les conséquences des interventions de l’État en cette matière, il faut voir comment ce discours sur la santé et les services sociaux contraste avec celui en vogue il y a quelques années. À partir du milieu des années 60 et du début des années 70 en effet, l’État québécois délaisse le rôle qu’il avait jusque-là joué dans un domaine marqué par les rivalités fédérales-provinciales. En 1963, le rapport de la Commission d’enquête sur l’assistance publique (rapport Boucher) remet officiellement en question la gestion privée et le rôle supplétif de l’État dans les domaines sociaux (Santé Société, 1986). Mais c’est suite au rapport de la Commission Castonguay-Nepveu (1966-1972) que l'État québécois devient véritablement l’acteur central de l’organisation et de la distribution des soins et des services socio-sanitaires.

La réforme de la santé et des services sociaux découlant du Rapport Castonguay-Nepveu se caractérise notamment, selon le sociologue Marc Renaud (1977), par de grands principes socio-démocrates qui, hormis celui de l’accessibilité, n’ont leur équivalent nulle part au Canada : approche globale de la santé, réorganisation des professions, décentralisation, participation. Le développement de l’État nécessaire à l’actualisation de ces idéaux sert, toujours selon Renaud, les intérêts d’une nouvelle petite bourgeoisie francophone. L'impossibilité pour celle-ci d’accéder dans l’entreprise privée à des postes rémunérateurs et prestigieux réservés aux anglophones est ainsi compensée par la création de postes équivalents dans la fonction publique québécoise.

La Réforme et ses grands principes servent donc d’abord de tremplin à la nouvelle classe moyenne francophone, et ce non seulement dans le domaine de la santé. Des idéaux similaires animent tous les secteurs de la société québécoise à l'heure de la Révolution tranquille et de l’essor de l’État-providence. Dans le domaine socio-sanitaire comme ailleurs cependant, les nobles idéaux se traduisent bien peu en réalisations concrètes. La participation et la décentralisation restent surtout au niveau des principes. L'approche globale et multidisciplinaire de la santé ainsi que la réorganisation des professions sont tenues en échec par le pouvoir professionnel, particulièrement celui des médecins. Seule l’accessibilité représente un acquis indéniable de la Réforme, malgré certaines exclusions de l’assurance universelle et malgré la subsistance de disparités régionales considérables.

La rationalité économique  
du nouveau discours étatique sur la santé

Les grands principes de la [122] Réforme ont eu en fait peu de temps pour être appliqués : dès le milieu des années 70, avec la crise économique la logique étatique d’expansion est remplacée par une rationalité de décroissance. De nouveaux mots d’ordre émergent : évaluation des programmes et de la gestion, coupures d’effectifs, de salaires et de services (Gow, 1983) ; on parle aussi d’efficacité, d’initiative privée et de responsabilité individuelle.

Un discours économique résolument centré sur le contrôle des coûts et sur la rationalisation des ressources du système socio-sanitaire supplante le discours social de la Réforme Castonguay. Au coeur de cette logique économique par laquelle l’État tente de se dégager de ses responsabilités sociales face à la santé, la privatisation et la désinstitutionnalisation tiennent une place particulièrement importante.

La privatisation invoque essentiellement des motifs d’efficacité et d’économie. La désinstitutionnalisation s’accompagne pour sa part d'un discours humaniste sur le bien-être et l'autonomie des personnes institutionnalisées. Pourtant, dans les faits, la désinstitutionnalisation n’est, à bien des égards, qu’une forme particulière de la privatisation. En effet, quand on renvoie les institutionnalisés dans la communauté avec la volonté que celle-ci, par le biais du travail bénévole ou de la famille, les prennent en charge, on remet au domaine privé des tâches assumées par des institutions d’État. En d'autres mots, on privatise. Implicitement ou explicitement, privatisation et désinstitutionnalisation procèdent d’une rationalité économique analogue et reposent sur le même résultat : le système public de santé coûte trop cher.

Or, selon l’économiste A.P. Contandriopoulos (1985), l’augmentation des dépenses de santé entre 1975 et 1981 au Canada et au Québec a à peine permis de maintenir le niveau des soins de 1975. Le secteur de la santé coûte, en 1981,6.5 milliards, et représente la même proportion du P.I.B. qu’en 1975, soit 8 % (Contandriopoulos, 1985). Les dépenses per capita en santé placent le Québec au même rang que les provinces atlantiques, qui ont toujours eu les dépenses moyennes les plus faibles au Canada (CASF, 1984). En 1984, le ministre des Affaires sociales affirme lors d’une allocution que la santé coûte moins cher aux Québécois qu’aux habitants de la majorité des provinces canadiennes et beaucoup moins cher qu’aux Américains, pour un rendement comparable (Laurin, 1984).

La tendance à la privatisation

Ce qui distingue le Québec de l’Ontario, et encore plus des États-Unis, c’est la grande part (80 %) des dépenses totales de santé assumée [123] par l’État. La privatisation implique non la *diminution des dépenses totales mais le transfert d’une part des dépenses publiques vers les individus,* augmentant ainsi les inégalités sociales devant la maladie. Pour véritablement réduire les coûts totaux du système, A.P. Contandriopoulos (1985) montre qu'il faudrait plutôt agir sur son utilisation, soit au niveau de l’offre et/ou de la demande. Or comme la demande des consommateurs/trices en santé est, mise à part la visite médicale initiale, généralement induite par le médecin (visites de rappel, examens plus poussés, prescription de traitements, etc.), toute surconsommation dépend bien peu des utilisateurs/trices (voir Boutin et Bisson, 1977). C’est plutôt du côté de l’offre qu’il faut regarder si on veut réduire l’utilisation du système, en particulier du côté des professionnels de la santé et du côté de l’industrie de la technologie médicale. La rémunération à l’acte des médecins les incite plus ou moins consciemment à la multiplication des actes. Quant à l’industrie pharmaceutique et à celle de la technologie lourde, motivées essentiellement par le profit, elles exercent une pression inflationniste continuelle sur le système de santé.

Or, loin d’évacuer le motif du profit du système de santé, l’État parle de plus en plus de privatisation. À côté des éléments privés traditionnels (professionnels en pratique privée, polycliniques, industrie pharmaceutique, assurances privées, etc.), on voit se multiplier les nouvelles formes de privatisation : contrats de sous-traitance dans les services auxiliaires des hôpitaux et des centres d'accueil, sous-traitance également dans les soins et services à domicile, exclusions de certains soins couverts par l’assurance- maladie, multiplication des centres d’accueil privés, évocation d'altérations au caractère public de l’assurance-maladie, etc.

Le droit au profit dans le secteur socio-sanitaire devient un enjeu de plus en plus clair. En effet, pour l’entreprise privée, le domaine de la santé est une véritable mine d’or : croissance régulière et continue de plus de 10 % par année, marché large touchant l’ensemble de la population, secteur sans risque ni crise où les investissements sont garantis par les gouvernements, profits élevés liés au caractère prioritaire de la santé, crédibilité humanitaire donnée aux investisseurs (Contandriopoulos, 1985).

Le secteur privé réclame une part accrue de ce marché alléchant au nom de son efficacité et de son efficience. Ainsi, le président du Groupe Champlain, propriétaire de centres d’accueil privés pour les malades chroniques, prétend que les soins aux chroniques coûteraient quatre fois moins cher dans le secteur privé tout en permettant de faire des profits (Cloutier, 1985).

Pourtant, si on compare l’efficacité du système américain plus privatisé à celle du système canadien, on constate que les coûts du système de santé ont augmenté aux États-Unis entre 1971 et 1978, passant de 7 % à 9 % du PNB, pendant qu’ils restaient stables à 7 % au Canada [124] (Evans, 1980). De l’avis de l’ex-ministre Lazure, c’est l’existence même d’une seule source majeure de financement qui, au Québec comme au Canada, a permis au gouvernement d'avoir un contrôle réel sur le coût total du système. Si on inclut en plus dans la comparaison les critères d’accessibilité et d’équité, le système canadien n’a vraiment rien à envier à celui des États-Unis, qui laisse environ 20 % de sa population sans protection devant la maladie (ibid.).

Quant aux exemples ontariens de privatisation, Hurl (1984) démontre, dans le cas des services d’aide à l’enfance, la fausseté du mythe de la supériorité du système privé : l’efficacité, la capacité de répondre aux besoins, la capacité d’innover, l’accessibilité, la qualité des services, souvent invoquées comme avantages de la privatisation par les néolibéraux, sont au contraire peu caractéristiques des services privés ontariens.

La tendance à la désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation représente la deuxième grande tendance du système socio-sanitaire et vise particulièrement les personnes âgées et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ces deux clientèles occupent en effet la plus grande partie des places en institution. Les personnes âgées utilisent 60 % des ressources de soins des établissements à long terme contre 15 % seulement des soins médicaux ambulatoires. Le vieillissement de la population, lié au faible taux de natalité et à l’augmentation de l’espérance de vie, risque d’augmenter encore le besoin en ressources des aînés (CASF, 1984). La maladie mentale est, quant à elle, la maladie la plus coûteuse au Québec, monopolisant 18 % des dépenses publiques en santé. Or, la majorité des dépenses en santé mentale, soit 58 %, va aux soins à long terme en institution (*ibid*.). C’est donc avec une logique de réduction des coûts publics que l’État québécois aborde la désinstitutionnalisation.

La désinstitutionnalisation implique en principe le remplacement des ressources institutionnelles par des ressources externes afin de réinsérer dans leur milieu les bénéficiaires relativement autonomes ou afin de prévenir leur entrée en institution. Or le désengagement de l’État se révèle sous la soi-disant substitution d’un type de ressources par un autre quand on constate l’insuffisance tant des ressources institutionnelles que des ressources parallèles ou externes. Ainsi, les hôpitaux de courte durée ont connu des situations critiques d’engorgement liées au manque de ressources adéquates — centres d’accueil, hôpitaux de soins prolongés, soins à domicile... — pour les malades chroniques. La qualité dégradée de la vie en institution a fait l’objet de dénonciations de la part de plusieurs syndicats. Quant aux soins et services à domicile, [125] tout le monde s’élève contre leur insuffisance. En 1983, le ministère des Affaires sociales lui-même reconnaissait qu’à peine la moitié des personnes âgées nécessitant des services à domicile en recevait effectivement, et la quantité de services reçus par ces bénéficiaires (en moyenne, une heure et demie à deux heures par semaine) n’arrivait pas à satisfaire leurs besoins (Roy, 1985).

En plus de services externes insuffisants, on constate, lors des désinstitutionnalisations, le manque de consultation des travail- leurs/euses et des familles ainsi que la préparation inadéquate des collectivités où on prétend réintégrer les désinstitutionnalisés (FSPIIQ-CEQ, 1985). La désinstitutionnalisation sans véritable plan de réinsertion sociale favorise, dans le cas des expsychiatrisés, les réinstitutionnalisations fréquentes (FCLSC, citée par Anctil, 1986) et la formation de ghettos d’ex-patients plus ou moins laissés à eux-mêmes et qui viennent grossir les rangs des itinérants ou chambreurs. Aux États-Unis, le tiers des itinérants seraient des malades mentaux désinstitutionnalisés (Anctil, 1986).

Certaines recherches (Béland, 1982 ; Contandriopoulos et al., 1984) permettent de remettre en question le postulat même de substi- tutivité des ressources institutionnelles et des ressources externes. Ces deux types de ressources seraient essentiellement *complémentaires,* ne s’adresseraient pas nécessairement aux mêmes clientèles et les ressources externes ne pourraient pas, même si on les multipliait, remplacer systématiquement les services institutionnels.

Fonctions réelles du discours humaniste  
sur la désinstitutionnalisation

La rationalité économique au coeur de la désinstitutionnalisation est souvent occultée par le discours humaniste de l’État sur le bien-être des bénéficiaires, sur le caractère aliénant des institutions, sur la participation et l’intégration sociale des personnes âgées et des psychiatrisés. En plus de ces valeurs libérales traditionnellement mises de l'avant par l’État-providence, les valeurs néolibérales d’autonomie et de responsabilité sont de plus en plus évoquées pour justifier la désinstitutionnalisation.

L’une des fonctions d'un tel discours consiste à récupérer les valeurs d’autonomie et d’entraide caractéristiques de l’idéologie des nouveaux mouvements sociaux s’élevant « contre les politiques autoritaires de gestion du social, contre la participation dépendante à la consommation des équipements sociaux collectifs... » (Maheu, 1983, p. 78). En récupérant les concepts d’autonomie et d'entraide, en se faisant l'avocat de la prise en charge par le milieu, l’État désamorce les critiques et accroît sa légitimité.

[126]

Or la prise en charge collective ne saurait être orchestrée d’en haut sans être vidée de son essence. Quant à l’autonomie véritable, elle a, pour s’exercer, besoins de moyens concrets que la désinstitutionnalisation actuelle n’assure aucunement. En fait, la dépendance des personnes âgées et des psychiatrisés face à l’État est troquée pour une dépendance plus subtile et plus « économique » à l’endroit de la famille et de la communauté. Le discours étatique sur la prise en charge par le milieu sert à occulter ce recours à une main-d'oeuvre familiale et communautaire peu coûteuse.

Ainsi, la politique du MAS à l’égard des personnes âgées (1985), dont l’objectif principal est le maintien des aînés dans leur milieu naturel, vise-t-elle implicitement à utiliser la réserve de main-d’oeuvre constituée par les personnes âgées elles-mêmes, par les jeunes et par les femmes. Les bénévoles auprès des personnes âgées sont déjà, dans 69 % des cas, des femmes de cinquante-cinq ans et plus, tandis que la deuxième catégorie en importance est celles des hommes de cinquante-cinq ans et plus (Plamondon, cité par Tremblay, 1985). On met ainsi à profit le travail des personnes âgées reléguées hors des circuits de production. Les jeunes économiquement improductifs (chômeurs, assistés sociaux), moyennant un mince supplément à leurs prestations, sont pour leur part mis à contribution par le biais de projets gouvernementaux. Dans la région de Québec, 60 % des activités des programmes de travaux communautaires visent le maintien à domicile des personnes âgées (CSSQ, 1985). Quant aux femmes, on n’a plus à démontrer que le « support naturel » leur est dévolu depuis des siècles tant au plan de l’entretien physique et psychologique de la famille que du travail bénévole ou charitable à l’extérieur du foyer. La désinstitutionnalisation sans ressources suffisantes équivaut à les forcer à prendre « leurs » responsabilités, bon gré, mal gré, à l’égard de « leurs » parents âgés, de « leurs » malades mentaux.

Conséquences de la privatisation  
et de la désinstitutionnalisation

La privatisation et la désinstitutionnalisation comportent donc de graves conséquences pour ceux et celles qui dispensent les soins et les services. Avec la désinstitutionnalisation, l’État mise sur le développement du travail bénévole ou communautaire au détriment des emplois salariés et syndiqués du secteur public. D’autre part, le vide laissé par l’État est également comblé par des entreprises privées à but lucratif où les conditions de travail et de salaire sont généralement bien inférieures à celles prévalant dans le secteur public.

Les conséquences du retrait de l’État sur les bénéficiaires sont elles [127] aussi très claires : atteinte au droit universel à des soins et à des services de qualité et reproduction exacerbée des inégalités sociales devant la vieillesse et la maladie. L’exemple américain (voir Stoez, 1983) nous donne une idée de ce qui s’amorce déjà ici, soit la consolidation de deux systèmes parallèles de santé et de services sociaux, l’un dispensant des soins coûteux et de qualité aux clientèles riches et relativement en santé, l’autre public et gratuit mais d’accès restreint, où les ressources sont souvent insuffisantes et où aboutissent les « cas lourds » peu profitables pour le privé. Pour les pauvres pas tout à fait assez pauvres pour bénéficier des services publics, et pour ceux qui seront las d’y attendre leur place, on verra se multiplier les services privés de qualité douteuse comme c’est déjà le cas avec les foyers privés clandestins pour personnes âgées.

La privatisation et la désinstitutionnalisation menacent non seulement l’accessibilité mais également la continuité des soins et des services. L’insuffisance des ressources publiques externes, la « responsabilisation du milieu » reposant sur des organismes communautaires à l’existence précaire et au financement inadéquat, le caractère très souvent irrégulier et instable de l’implication bénévole, sont autant de facteurs limitant la continuité des services non institutionnels. Or la continuité du rapport thérapeutique dans le cas des psychiatrisés (voir Gaucher, 1985) ainsi que la permanence et la nature soutenue de l’aide à domicile aux personnes âgées (voir Béland, 1982), sont des conditions indispensables au sentiment de sécurité et de bien-être des bénéficiaires. Dans le contexte actuel et comme le souligne Gaucher, la continuité devient elle aussi le privilège de ceux et celles capables de se la payer !

Bibliographie

Anctil, Hervé, « Sortir des ghettos », *Santé* *Société*, 8, 1, publié par le MSSS, hiver 1986, p. 14-15.

Béland. François. *Les principaux résultats de l’analyse des désirs d’hébergement de trois échantillons de personnes âgées du Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales. Direction de l’évaluation des programmes, avril 1982, 35 p.

Boutin, Jean-Guy, Bisson, Jean. *Les consommateurs et les coûts de la santé au Québec de 1971 à 1975*. Québec, Régie de l'Assurance-maladie, Service de la recherche et des statistiques (rapport inédit), janvier 1977. 30 p.

Centre des services sociaux de Québec. *Le maintien en milieu de vie naturel des personnes âgées en perte d’autonomie : les services requis et leur mode de coordination*. Document de travail, novembre 1985, 17 p.

Cloutier, Laurier. « Malades chroniques. Le groupe Champlain se prépare pour la privatisation de certains services de santé ». *La Presse*, Montréal. (10 décembre 1985). p. C4.

Conseil des Affaires sociales et de la famille. *Objectif : santé.* Rapport du comité d’étudesur la promotion de la santé, Québec, 1984, 217 p.

Contandriopoulos, André-Pierre. « Économie du système de la santé ». *Traité d’anthropologie médicale.* L’institution de la santé et de la maladie. Sous la direction [128] de J. Dufresne, F. Dumont, Y. Martin, P.U.Q., I.Q.R.C. et P.U.L., 1985, p. 443-479.

Contandriopoulos, A.P., G. Tessier, D. Larouche, F. Boucher, R. Tremblay. *Les services d'aide à domicile et l'utilisation des ressources du système de soins*. Rapport final du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Faculté de Médecine, Université de Montréal, février 1984, 160 p.

Evans, Robert G. « Is health care better in Canada than in the U.S. ? » Paper presented at the University Consortium for Research on North America Seminar, Cambridge, Mass., December 3, 1980, 43 p.

Fédération des syndicats professionnels d’infirmières et d’infirmiers du Québec (FSPIIQ) et Centrale de l’enseignement du Québec (CEQ). *Pour une véritable consultation en santé mentale*..., Mémoire à la Commission des Affaires sociales, mai 1985, 65 p.

Gaucher, Dominique. *Sociologie et* *sociétés*, XVII, 2, 1985.

Gow, James Jain. « La nouvelle rationalité de l’État », *Crise économique, transformations politiques et changements idéologiques*, Cahiers de l’ACFAS, n° 16, sous la dir. de G. Bernier et G. Boismenu, Montréal, 1983, p. 329-353.

Hurl, Lorna F. « Privatized social service Systems : lesson from Ontario children’s services » *Canadian Public policy*, X, 4, 1984, p. 395-405.

Laurin, Camille. « L’avenir du système socio-sanitaire québécois : les vertus du réalisme et de la démocratie » allocution du Ministre des Affaires sociales C. Laurin lors du colloque annuel de l’association des directeurs généraux des services de santé, Montréal, 22 novembre 1984. *Discours officiels du M.A.S*. 1984, Québec, Direction des communications, 1985. p. 355-367.

Maheu, Louis. « Les mouvements de base et la lutte contre l'appropriation étatique du tissu social », *Sociologie et sociétés*, XV, 1, 1983, p. 77-93.

Ministère des Affaires sociales. *Un nouvel âge à partager*. *Politique du ministère des Affaires sociales à l’égard des personnes âgées*, Québec, 1985, 61 p.

Renaud, Marc. « Réforme ou illusion ? Une analyse des interventions de l’État québécois dans le domaine de la santé », *Sociologie et sociétés*, IX, 1 (avril 1977), p. 127-152.

Roy, Jacques. « Services à domicile. L’offre et la demande : un difficile équilibre » *Carrefour des Affaires sociales*, 7, 4 (automne 1985), p. 10-12.

Stoez, D. « “Corporate welfare” : l’industrie des services sociaux et la réforme du “Welfare State’’ aux États-Unis », *Revue internationale d’action communautaire*, 10/50 (automne 1983), p. 87-101.

Tremblay, Esther. *Perspective critique sur les orientations et les énoncés de politique du MAS à l’endroit des personnes âgées*. Position de l’État, des institutions, des partis politiques, des syndicats et des groupes populaires devant guider les orientations de l’AQDR, document manuscrit, 1985, 61 p.

Tremblay, Esther. « La santé et l’assistance publique au Québec 1886-1986 ». Éd. spécial de *Santé Société*, Québec, MSSS, 1986, 127 p.