

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA**

UMI[®]
800-521-0600

PATRICK DUSSAULT

**LES MANIFESTATIONS AUX HÔPITAUX CHRIST-ROI ET CHAUVEAU COMME
PRATIQUES DE LOBBYING POPULAIRE DANS LE CADRE DE LA RÉFORME DE
LA SANTÉ DANS LA RÉGION DE QUÉBEC EN 1995.**

Normes, métaphores et symboles dans l'analyse de l'ordre politique

**Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître ès arts (M.A.)**

**Département de science politique
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL**

OCTOBRE 1999

© Patrick Dussault, 1999



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-43824-4

Canada

Résumé

Par l'analyse des normes et des symboles politiques, nous avons tenté de comprendre le sens politique de deux manifestations populaires survenues en 1995 pour contrer la fermeture des hôpitaux Christ-Roi et Chauveau dans le cadre de la réforme Rochon sur les soins de santé et les services sociaux. Au départ, nous voulions comprendre comment des manifestations populaires pourraient constituer des activités de pression, du lobbying populaire. Nos observations nous ont amenés à considérer ces deux manifestations davantage comme l'expression d'un ordre politique implicite que des activités de pression en tant que telles. Leur examen nous a fait découvrir que le domaine de la santé dans la région de Québec constitue une structure de pouvoir ordonnée par des relations de dépendance s'apparentant à des pratiques de lobbying entre les différents acteurs. Cette structure de pouvoir est ordonnée autour de l'hôpital, carrefour de multiples intérêts. Par ses huées, la population a rappelé au gouvernement la force des liens de dépendance qui constituent cette structure implicite de pouvoir en opposition au cadre que l'État cherche à lui imposer.

Avant-propos

La réalisation de ce mémoire de maîtrise a nécessité une très grande énergie personnelle. Mais il n'aurait pas vu le jour si je n'avais pas eu la confiance et le soutien de monsieur Raymond Hudon, mon directeur de mémoire, ni de trois autres professeurs, madame Pauline Côté, monsieur Louis-M. Imbeau ainsi que monsieur Albert Legault qui ont appuyé ma candidature. De plus, l'analyse des normes et des symboles politiques n'aurait pas trouvé une certaine cohésion si je n'avais pas eu l'aide précieuse de Nathalie, qui par ses nombreuses interrogations, a participé à l'élaboration des indicateurs. Enfin, je tiens à souligner l'appui inconditionnel de Pierrette, Jean-Pierre et l'ensemble de ma famille lors de ces deux longues années qui ont abouti au présent travail.

Table des matières

RÉSUMÉ	I
AVANT-PROPOS	II
TABLE DES MATIÈRES	III
INTRODUCTION	1
Une mise en situation	2
Le système de santé québécois et ses nouveaux enjeux	2
Un problème politique	4
L'hôpital au centre d'une structure politique	6
Le système de santé : un monde de lobbying	7
1 LES GROUPES DE PRESSION ET LA MOBILISATION	11
Les groupes	11
Le lobbying	13
La mobilisation par la manifestation populaire	16
2 MÉTHODOLOGIE	18
Les valeurs	18
Les normes : des relations souhaitées	18
Les symboles : des relations vécues	19
3 LES MANIFESTATIONS POPULAIRES	23
Le contexte	23
Un survol des événements	24
Une chaîne humaine à Christ-Roi	26
Un spectacle à Chauveau	28
Une rumeur	31

	iv
Les acteurs	32
Les enjeux	35
4 UNE RÉFORME AMORCÉE DEPUIS 1990	38
Une petite histoire de la réforme	38
Les fermetures de lits	49
Les acteurs	53
5 NORMES ET SYMBOLES, ACTEURS ET ENJEUX	60
Les normes	61
Les symboles	64
L'hôpital	64
La Régie régionale de la santé et des services sociaux	65
Les médecins	65
Les ministres de la Santé	66
La réforme	70
Les activités de pression	71
6 L'ORDRE POLITIQUE	74
La Faculté de médecine de l'Université Laval	74
Les manifestants	75
La manifestation	76
CONCLUSION	86
LISTE DES OUVRAGES CITÉS	89
ANNEXE A	95
Liste des personnes interviewées en 1995	95
Protocole d'entrevue de 1995	95
Liste des personnes interviewées en 1998-1999	96
Protocole d'entrevue de 1998-1999	96
ANNEXE B	97
Revue de presse	97

ANNEXE C 103

Normes	103
La gestion	103
Choix	103
Contrôle	103
Coupures budgétaires	103
Décision	103
Efficacité	103
Innovation	104
Planification	104
Rationalisation	104
La démocratie	105
Concertation	105
Consensus	105
Transparence	105
La santé	105
Accessibilité	105
Services	105
Vie	105

ANNEXE D 106

Métaphores	106
L'hôpital	106
La Régie régionale	107
Les médecins	108
Les ministres	108
La réforme	109
Les activités de pression	110
La Faculté de médecine de l'Université Laval	110
Les manifestants	110
La manifestation	111

Introduction

En science politique, la recherche semble s'intéresser de plus en plus, du moins comme tend à le montrer la littérature, à l'étude de la signification des comportements politiques plutôt que de se limiter à l'analyse de leurs causes et de leurs effets. La raison en est sans doute que l'explication causale de l'activité politique ne vise pas à comprendre un événement politique dans sa signification, mais est davantage axée sur la résolution d'un problème particulier. Par exemple, l'analyse de l'interaction des acteurs, des ressources et des stratégies autour d'un ou plusieurs enjeux permet de mesurer l'efficacité de l'activité politique par l'évaluation du résultat du « jeu politique ». Par contre, cette démarche ne permet pas d'accéder au sens de ce « jeu politique » pour les acteurs impliqués. Certes, l'explication causale nous permet de constater les effets de la pratique du pouvoir, mais elle ne nous permet pas toujours de saisir en quoi ce pouvoir politique est constitué. Comment expliquer, par exemple, la participation massive d'une population à une manifestation contre une politique publique, si l'ensemble des groupes sociaux, les organisateurs et une bonne partie de la population sont en faveur de cette politique ?

Pour comprendre ce genre de contradiction, il ne suffit plus de décrire le résultat final de l'activité des acteurs. Il faut arriver à comprendre ce que l'ensemble des événements représente pour chacun d'entre eux. Cette approche nécessite plutôt une réflexion axée sur le langage des acteurs et de ses formes (Granger 1969 : 7-20). Plus particulièrement, l'étude des valeurs des acteurs se révèle davantage pertinente pour comprendre la signification de l'activité politique (Balandier 1967 : 28-59; Giddens 1984 : 281-354; Taylor 1991 : 193-207). Cette approche présuppose que l'analyse des rapports entre les acteurs, les ressources, les stratégies et les enjeux est nécessaire, mais demeure insuffisante pour cerner la structure

de l'ordre politique. Il faut rechercher la signification de l'activité politique à travers les récurrences et la complémentarité des valeurs politiques. Pour ce faire, nous proposons l'analyse empirique de deux cas étroitement liés.

Deux manifestations se sont produites en 1995 aux hôpitaux Christ-Roi et Chauveau contre la fermeture de ces établissements dans le cadre de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Ces manifestations présentent deux intérêts majeurs. Premièrement, elles mettent en présence un très grand nombre d'acteurs tout en s'inscrivant dans un débat, la réforme du système de santé, qui atteint une très grande intensité dans l'ensemble de la société québécoise au cours des années quatre-vingt-dix. Deuxièmement, le sujet étudié se délimite aisément dans l'espace et dans le temps, puisque ces manifestations se sont produites dans la région de Québec sur une période restreinte et dans un passé relativement récent. De plus, les acteurs étaient facilement accessibles pour des entrevues. En somme, l'observation pouvait être quasi exhaustive en qualité et en quantité. L'analyse de la mobilisation par ces deux manifestations d'opposition nous permettra d'approfondir le sens du « jeu politique » à l'intérieur du domaine de la santé de la région de Québec au cours des années quatre-vingt-dix.

Une mise en situation

Le système de santé québécois et ses nouveaux enjeux

Depuis une trentaine d'années, l'État québécois occupe une place de plus en plus importante dans le domaine hospitalier et médical notamment en assurant l'accès universel aux soins de santé. À l'aube des années soixante, le gouvernement québécois cherchait à subvenir aux difficultés financières des hôpitaux. Après avoir adhéré au plan canadien d'assurance-hospitalisation, le gouvernement libéral met sur pied une commission d'enquête sur les soins de santé au Québec en 1966, présidée par Claude Castonguay, dont le mandat sera complété par Nepveu en 1973 (Bergeron et Gagnon 1994 : 9-32; Turgeon et Anctil 1994 : 79). Cette démarche devait mener à une politique globale de prise en charge non seulement des

services de santé, mais également des services sociaux et de la sécurité du revenu. Elle s'est concrétisée par le vote de la loi sur l'assurance-maladie et la loi sur les services sociaux en 1970, ainsi que par la création du ministère des Affaires sociales. (Bergeron et Gagnon 1994 : 9-32). L'État québécois des années soixante-dix orientait sa politique sociale vers une gestion plus développée d'un système de santé axé sur la prévention de la maladie dans un objectif d'efficacité (Renaud 1995 : 189-217). Malgré ces transformations importantes, la fin des années quatre-vingt annonçait une réforme majeure de ce système de santé encore en développement.

En 1988, le rapport de la commission Rochon sur les soins de santé au Québec dressait un constat similaire à celui résultant de la commission débutée par Claude Castonguay et terminée par Gérard Nepveu (Bergeron 1990 : 359-380). Dans un objectif d'efficacité, il fallait réformer le système de santé au Québec, puisqu'il n'était plus adapté aux exigences de l'époque.

Aujourd'hui, les attentes et les besoins exprimés par la population à l'égard des services de santé et des services sociaux s'enracinent dans une réalité sociale très différente de ce qu'elle était il y a vingt ans. D'une part, ces services occupent maintenant une place très importante dans notre vie sociale et économique (ils regroupent en fait près de 10% de l'emploi au Québec) ; d'autre part, ils représentent un des secteurs d'activité le plus directement touché par les changements de valeurs et les changements démographiques, économiques et technologiques (Rochon 1988 : 3).

Par ce rapport, on cherchait à définir non seulement l'implication de l'État dans la société, mais également la responsabilité de chaque individu en rapport au bien-être de la collectivité. Si bien que le débat public au début des années 1990 a rapidement porté sur les thèmes de l'accès universel aux soins de santé et de la protection du bien-être de la collectivité. On posait ainsi, implicitement, les deux questions suivantes : qui peut recevoir des soins de santé et qui devrait en assumer les frais ? Ces questions ont amené l'État, les groupes et la société québécoise à confronter leurs conceptions en matière de justice sociale,

voire à reconsidérer l'organisation de la prise de décision dans le domaine de la santé (Forest 1999 : 50-51).

Un problème politique

Par ailleurs, dans le rapport Rochon, on associe les problèmes de fonctionnement du système de santé à une « culture organisationnelle repliée sur elle-même et non tournée vers l'extérieur » (Rochon 1988 : 473-474).

Tout se passe comme si le système [de santé] était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pression issus de la communauté, syndicats, etc. ; que seule la loi du plus fort opérait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes (Rochon 1988 : 407).

Le domaine de la santé au Québec semble articulé autour d'un certain « pluralisme » politique, axé principalement sur la promotion des intérêts de groupe. Nous pourrions croire qu'un ordre politique s'est formé dans la hiérarchisation des rapports réciproques que les groupes d'intérêt génèrent, à l'intérieur des règles de fonctionnement du système de santé établi par l'État (Turner 1987 : 131-156; Moran et Wood 1993 : 16-33). D'ailleurs, cette situation ne semble pas nouvelle.

En survolant l'histoire des pratiques médicales au Québec, nous constatons en effet cette dynamique. Parmi les plus influents dans le monde de la santé, les médecins ont été et demeurent encore un des groupes les plus importants. Vers la fin du dix-huitième siècle, ils auraient effectué des pressions décisives sur les différents acteurs du domaine de la santé ainsi que sur l'État pour développer des interventions sociales (Farley, Keel et Limoges 1995 : 85-114). Par la suite, s'appuyant sur la nécessité d'améliorer les conditions de vie de la population en instaurant des mesures d'hygiène généralisées, les médecins auraient

augmenté leur poids politique par le prestige croissant de la science et par leurs contributions perçues comme essentielles à la réduction des épidémies et de la mortalité infantile (Pierre-Deschênes 1995 : 115-132). Ces succès auraient permis également la diminution de l'emprise de l'Église sur les établissements de soins de santé, ainsi que l'instauration d'une hiérarchie entre les groupes de professionnels dont les activités étaient reliées à ces établissements (Fecteau 1989 : 58-74 ; Pierre-Deschênes 1995 : 115-132). Les infirmières seraient devenues progressivement les assistantes des médecins, et les divers intervenants en santé préventive auraient été confinés à des activités moins intenses, en raison de leur faible financement (Gaucher 1995 : 161-188). Le monde de la santé se serait ainsi constitué au fil des ans en une structure politique implicite dans laquelle se côtoient des médecins, des infirmières, des intervenants sociaux et l'État.

De plus, comme on le mentionne ailleurs dans le rapport Rochon, par leurs contributions financières, le monde industriel, les syndicats, et les compagnies d'assurance auraient occupé une place importante dans cette structure politique. À maintes reprises, ils se sont chargés de subventionner la recherche universitaire dans le but d'améliorer la santé de leurs ouvriers et, par là, la santé de la population en général nécessaire aux entreprises capitalistes (Gaucher 1995 : 161-188). Par conséquent, l'hôpital serait devenu le carrefour central dans lequel de multiples intérêts se croisent.

L'hôpital est un lieu majeur de socialisation en devenant un symbole d'appartenance. Il représente un moyen de subsistance pour un nombre considérable d'acteurs. Il est également le lieu de naissance de la majorité de la population. Les gens y récupèrent leurs capacités à fonctionner dans la société. On les y guérit de leurs maladies et de leurs blessures (Boitte 1995 : 158-184). Par ailleurs, l'hôpital est également le lieu où l'on récupère les individus qui n'ont pas pu s'intégrer dans la société à cause de maladies incurables et d'incapacités physiques. Il est aussi le lieu où plusieurs attendent la mort (Boitte 1995 : 158-184). L'hôpital est donc un lieu essentiel de la vie sociale.

L'hôpital au centre d'une structure politique

Bien que l'État soit souvent considéré comme l'acteur principal dans le domaine de la santé, il n'est pas le seul. La portée de son activité semble se limiter à l'encadrement des pratiques médicales. Entre autres, il assure l'universalité d'accès aux soins de santé par un appui financier aux entreprises médicales et hospitalières, tout en organisant par des lois le travail au sein des établissements de santé. Par exemple, la gestion des hôpitaux est organisée par la loi sur les services de santé et les services sociaux déterminant les acteurs pouvant y être représentés dans les conseils d'administration des centres hospitaliers (Carsley 1995 : 10). Cependant, les pratiques médicales débordent l'encadrement que l'État impose. Les conflits et les décisions prises par les acteurs internes (les médecins, les infirmières, autres praticiens professionnels, cadres, employés syndiqués et bénévoles) et les acteurs externes (propriétaires, financiers, gouvernement et fournisseurs) où le gestionnaire de l'établissement joue le rôle de négociateur, demeurent bien en dehors du contrôle étatique (Demers, Dumont et Bégin 1999 : 195-228). L'État, bien que principal régulateur du domaine de la santé, joue surtout un rôle d'encadrement.

Autrefois, l'implication étatique dans ce domaine a été suscitée plutôt par diverses tensions entre les médecins et l'Église catholique. Ces deux acteurs ont provoqué l'accroissement des interventions de l'État dans le domaine de la santé par des pressions exercées sur l'administration publique. Nous pourrions peut-être même avancer que ces deux acteurs formaient une structure politique informelle avant que l'État impose ses règles, puisqu'ils prenaient déjà des décisions et s'organisaient entre eux. Le système de santé québécois ressemblerait davantage à une structure de pratiques de pression et d'échanges auxquels l'État ne participe que progressivement. À ce propos, un rapprochement avec les pratiques de lobbying se révélerait intéressant. Le texte de Farley, Keel et Limoges sur les débuts de l'administration montréalaise de santé publique est à ce sujet particulièrement révélateur.

C'est dans ce contexte que fut formée, en mars 1867, la Montreal Sanitary Association, qui se mit immédiatement à fonctionner comme un groupe de

pression et adressa en septembre de la même année ses revendications au Conseil municipal, après avoir été déjà reçue en députation quelques mois plus tôt. L'Association rappelait le conseil à ses responsabilités en termes vifs, insistait sur l'énorme mortalité, particulièrement chez les enfants, exigeait une pratique plus systématique et vigoureuse en matière de drainage des maisons, de vidange et de ramassage des ordures, déplorait le manque de vigueur des jugements rendus par la Cour du recorder, et proposait des mesures précises en ce qui avait trait à la construction d'immeubles, de rues, etc. Enfin, elle insistait sur la nécessité de s'en remettre davantage aux fonctionnaires publics plutôt qu'aux comités à la composition sans cesse changeante, et de former le Comité de santé avec plus d'attention (Farley, Keel et Limoges 1995 : 90).

On associe les débuts de l'administration publique des soins de santé, du moins à Montréal, au résultat des pratiques de pression sur les élus municipaux. Cet extrait révèle que l'influence des groupes médicaux s'étendait non seulement à l'administration municipale, mais aussi à l'urbanisme et à la justice. On est allé même demander aux fonctionnaires de l'État la prise en charge de leurs besoins. Or, à la lecture du rapport Rochon, nous remarquons que certaines demandes d'intervention demeurent présentes. Elles sont toutefois source de malaise. L'État, en répondant à ces demandes, développe les services offerts à la société et multiplie les champs d'intervention, occasionnant une augmentation des dépenses publiques. Avec le temps, ces dépenses contribuent à réduire la flexibilité fiscale de l'État, l'amenant à certaines complications financières telles celles que le Québec a vécues dans les années 1980 et 1990. Ces remarques nous amènent à rapprocher le domaine de la santé aux pratiques de lobbying au sein des institutions publiques.

Le système de santé : un monde de lobbying

Tout comme nous pouvons le constater dans le domaine de la santé, des ouvrages récents veulent montrer que la croissance de l'État serait en effet attribuable à des activités de pression de la part des lobbyistes (Rauch 1994 ; Archibald 1998). Les thèses soutenues décrivent les lobbyistes comme des parasites, profitant doublement des biens publics. D'une part, ils créent des besoins d'intervention de l'État dans la sphère sociale par la pression

politique qu'ils exercent sur les élus. D'autre part, ils empochent un revenu souvent très substantiel des clients qu'ils représentent. En acceptant ces deux thèses, nous pouvons relier plus étroitement le système de santé au Québec aux pratiques de lobbying. Dans ces deux domaines, les pressions sur les élus contribuent à accroître les dépenses publiques par une augmentation des demandes d'intervention. Avec le temps, ces interventions provoquent des déficits budgétaires contribuant à la croissance des dettes publiques. Dans le domaine de la santé, ces interventions étaient autrefois justifiées par la nécessité d'enrayer les épidémies et la mortalité infantile par l'hygiène. Du côté des lobbyistes œuvrant pour des industries ou d'autres mandants, les intérêts des producteurs nécessitaient une intervention afin de stimuler leur champ d'activités. Dans les deux cas, celui qui fait pression bénéficie de certaines redevances comme des salaires, des postes, ou des arrangements professionnels. En ce sens, le système de santé québécois partagerait des caractéristiques communes avec les pratiques de lobbying.

La possibilité de tenir des manifestations populaires pour faire pression sur le gouvernement rapproche justement ces deux mondes. Dans le projet de loi C-43 de 1995, le gouvernement libéral canadien proposait une définition du lobbying populaire.

Par le lobbying populaire, on entend le lobbying qui cherche à donner au gouvernement l'impression que beaucoup de gens acceptent ou refusent une politique précise. Pour communiquer ce message, les lobbyistes se servent habituellement d'envois massifs de lettres ou de messages télécopiés, d'appels téléphoniques à des titulaires de charge publique, de publicité médiatique, et de manifestations publiques. L'organisation d'une campagne populaire de lobbying exige souvent des compétences, des efforts et des ressources financières considérables (Chambre des communes 1995 : 15-16).

De façon similaire, la mise en œuvre de la réforme de la santé et des services sociaux au Québec a suscité l'utilisation répétée de manifestations populaires afin de donner cette « impression » que beaucoup de gens refusaient la réforme du système de santé. La structure des relations entre les groupes impliqués dans le domaine de santé au Québec correspondrait

bien à une structure composée de relations comparables à celles caractérisant le lobbying. Cette similitude nous amène même à nous interroger sur la nature de ce concept.

Jusqu'à présent, nous ne concevions pas les pratiques de lobbying et les autres pratiques qu'elle engage comme une structure, mais plutôt comme un mode de fonctionnement plus ou moins légitime en démocratie. Les rapprochements entre le domaine de la santé et les pratiques de lobbying nous suggèrent cependant que les pratiques de lobbying contribueraient à une structure de pouvoir à part entière, et ne constitueraient plus uniquement une perversion de la démocratie de représentation telle que nous la concevons. D'ailleurs, un bref survol de l'enregistrement des lobbyistes actifs et déclarés au Parlement canadien entre 1996 et 1998, nous oblige à constater qu'ils sont nombreux (Archibald 1998). Du moins, la croissance de leur nombre est assez importante pour nous convaincre que ces pratiques ne sont ni occasionnelles, ni exceptionnelles. Elles seraient plutôt continues et elles interviendraient dans une multitude de secteurs d'activité. Ces constatations nous permettent de considérer le domaine de santé au Québec comme une structure de pouvoir. Cette structure est constituée de rapports politiques qu'entretiennent les acteurs externes et internes à l'hôpital. Ces acteurs créent des rapports de force par lesquelles une hiérarchie s'installe, formant un ordre politique implicite. Les événements survenus à Christ-Roi et à Chauveau seraient alors l'expression de cet ordre politique implicite. Les deux manifestations seraient donc l'expression d'une « opposition » entre cette structure politique ordonnée par des rapports de force que provoquent les relations de lobbying entre les diverses professions, et le cadre démocratique qu'impose l'État.

Comme ces relations de lobbying s'avèrent difficiles à observer directement, l'analyse du langage que ces acteurs tiennent à propos de leurs relations avec les autres acteurs lors de la mise en œuvre de la réforme Rochon nous est utile. Notamment, nous examinons les valeurs exprimées par les acteurs dans dix-neuf entrevues que nous avons réalisées auprès de personnes directement impliquées¹. Notre analyse comporte essentiellement trois phases. Nous décrivons brièvement les manifestations survenues aux hôpitaux Christ-Roi et

Chauveau les 1^{er} et 7 juin 1995. Puis, nous consacrons de la même façon notre attention à la transformation du système de santé dans la région de Québec entre 1990 et 1995. Dans un troisième temps, nous portons l'analyse sur les valeurs que les acteurs expriment. Nous montrons que par les deux manifestations, les acteurs cherchaient à exprimer l'ordre politique qu'ils ont créé entre eux par la pratique médicale en milieu hospitalier contre le cadre fonctionnel qu'impose l'État.

Le premier chapitre est consacré à une revue sommaire de la littérature au sujet des groupes, du lobbying et de la mobilisation. Dans le second, nous décrivons brièvement la méthodologie que nous utiliserons pour l'analyse et la synthèse. Pour le troisième, nous racontons les deux manifestations survenues à Christ-Roi et à Chauveau en plaçant les acteurs au centre de la narration. Puis, dans le quatrième, nous rappelons les principaux éléments de la mise en œuvre de la réforme de la santé dans la région de Québec entre 1990 et 1995 dans laquelle les manifestations s'inscrivent. Dans le cinquième chapitre, nous analysons les valeurs politiques des acteurs en présence dans la mise en œuvre de la réforme et lors des manifestations. Le sixième chapitre est consacré à la signification des manifestations en rapport avec l'ordre politique résultant des pratiques médicales d'une part, et le cadre étatique d'autre part. Le septième chapitre apporte une conclusion générale au travail.

¹ Voir l'annexe A, pages 94-95.

1 Les groupes de pression et la mobilisation

Les groupes

Depuis quelques années, l'étude des groupes de pression semble bénéficier d'un nouveau souffle. Par le passé, on s'était intéressé principalement au fonctionnement des groupes dans une perspective de causalité mécanique. On considérait que les groupes influençaient efficacement l'État par la pression et la négociation. C'est ce que les études de Dahl (1961), Dion (1967), Olson (1971) et Truman (1951) tendent principalement à établir. Un groupe cherche à faire prendre en charge ses intérêts par l'État, en compétition avec d'autres groupes à l'intérieur d'un marché de représentations politiques (Sabatier 1992 : 99-129). Il est présumé que le groupe possédant le plus de ressources a les meilleures chances de faire traduire ses intérêts en interventions gouvernementales. La pression politique constitue un acte entier se produisant dans un temps déterminé. Ainsi, les relations entre les groupes et l'État sont considérées comme efficaces et ponctuelles en termes d'influence et la représentation politique s'inscrit dans un marché de libre concurrence.

Cependant, depuis que l'État s'affaire à restructurer ses interventions dans la sphère sociale en raison d'un endettement devenu trop lourd, les activités des groupes de pression suscitent de nouvelles interrogations. En effet, dans bon nombre d'ouvrages, on s'est davantage intéressé aux qualités des relations entre les groupes et l'État qu'à vérifier leur efficacité. Pourquoi a-t-on abordé l'étude des groupes de cette façon ? Parce qu'on s'est étonné de l'augmentation phénoménale du nombre des groupes dans la sphère politique, notamment

aux États-Unis (Petracca 1992 : 3-31; Rauch 1994). D'après certains auteurs, ces changements auraient eu des répercussions sur les relations entre les groupes et l'État au point de remettre en question deux postulats du pluralisme.

D'une part, on aurait abandonné l'idée que les groupes se définissent principalement par la recherche d'un maximum de présence dans un marché politique où il y aurait probablement égalité des chances. Puisqu'ils sont nombreux, on estime que même si les groupes produisent l'information nécessaire à leur représentation, ils ne peuvent pas aspirer tous à une influence politique équivalente (Petracca 1992 : 363-371). Leur nombre même organiserait leurs relations mutuelles dans un environnement politique sans nécessairement recourir à l'implication de l'État. Comme les intérêts n'ont pas tous le même poids dans l'agenda politique, une hiérarchie se formerait au niveau des perceptions politiques, accordant plus d'importance à certains intérêts, et moins à d'autres (Mansbridge 1992 : 32-57).

D'autre part, on aurait renoncé à considérer le groupe comme une addition d'individus et par là, comme une collection d'intérêts (Gilbert 1992 : 373-407). Dès lors, l'individu seul ou regroupé ne doit plus être l'unité d'analyse des groupes, car il n'est pas plus important que le groupe au niveau des perceptions politiques. L'individualité de chacun des membres s'estompe au profit de l'identité du groupe. Dans cette optique, un groupe ne peut plus correspondre à une addition ou à un agrégat d'intérêts politiques. Il incarne plutôt un consensus implicite de valeurs antérieurement partagées par ses membres (Dobry 1986; Gaxie 1993; Gilbert 1992 : 373-407; Sartre 1960 : 449-894). Par contre, ces valeurs sont également influencées par l'environnement dans lequel les membres du groupe évoluent.

En effet, les valeurs du groupe sont influencées par la position qu'il occupe dans le système politique. Ordonnés au sein d'un agenda politique, les enjeux détermineraient aussi en partie la place que le groupe occupera lors de la prise de décision (Baggott 1995; Lukes 1974). Cette conception du groupe nous semble davantage pertinente à l'étude des relations

d'influence entre l'État, les groupes et la société, car elle se situe au niveau de la communication. Comme nous nous intéressons moins à l'efficacité et plus aux formes de la représentation politique, l'étude des modes d'échange d'informations, des positions et des perceptions entre les acteurs pourrait nous fournir davantage de connaissances au sujet des groupes.

Le lobbying

Dans les relations entre les groupes, les échanges d'informations semblent jouer un rôle important, puisque la manière avec laquelle ceux-ci sont exécutés détermine les perceptions de la position politique des acteurs. Bien que l'État et les groupes s'échangent fréquemment des informations par la voie des médias et des institutions, bon nombre de contacts demeurent à l'écart de la place publique. Ils s'établissent par des réseaux informels et souvent discrets, suscitant parfois même de vives controverses. D'ailleurs considéré comme une activité de communication importante, le lobbying est souvent objet de polémique. Les querelles qu'il provoque proviennent de cette difficulté à définir ce qui est d'intérêt public et ce qui est d'intérêt privé, ce qui est légitime et ce qui est suspect, ainsi que ce qui est accessible et ce qui demeure secret lors de la prise de décision. Le lobbying suscite ainsi une importante réflexion au sujet de la transparence de la prise de décision.

Les pratiques de lobbying semblent généralement acceptées lorsqu'on démontre que les intérêts particuliers servent l'intérêt général. Elles suppléent alors d'une certaine façon au manque de représentativité des élus (Clemens 1997; Mooney 1993 : 185-198). Par exemple, une compagnie, désirant faire ouvertement pression sur un élu afin de favoriser le développement de son entreprise dans son milieu par le vote d'une loi, peut servir l'intérêt général du milieu pour lequel des emplois et des retombées économiques apparaîtront. Cependant, l'expression d'un intérêt plus particulier au nom de l'intérêt général peut devenir suspecte, si les intérêts privés deviennent plus importants, nécessitant des activités de pression moins clairement exposées à l'opinion publique. Ce manque de transparence devient

objet de suspicion, remettant en cause la légitimité de l'intérêt particulier. C'est ce que certains appellent « la zone grise » (Baggott 1995; Giddens 1984 : 1-40). On accuse l'élu de favoriser l'intérêt privé au détriment de l'intérêt général, établissant certains privilèges.

Par ailleurs, les échanges entre les élus et les lobbyistes nécessitent le secret absolu lorsque des sommes d'argent sont échangées ou que du favoritisme, du patronage et du népotisme découlent d'activités de pression (Hudon 1973). Dans ce cas, l'intérêt général s'efface au profit de l'intérêt particulier, représentant une forme de corruption de la démocratie de représentation. Par conséquent, l'appât du gain et les privilèges orientent la décision. La revendication de laisser libre cours au choix et au jugement du décideur s'impose alors moins fortement. Ainsi, la transparence dans les échanges entre les décideurs et les gens qui tentent de les influencer se révèle nécessaire pour faire la preuve qu'il y a égalité d'accès dans la prise de décision. Et c'est à quoi semble destinée la définition du démarcheur dans la loi canadienne sur l'enregistrement des lobbyistes. On cherche en effet à rendre visibles des échanges entre les décideurs et les démarcheurs afin de prévenir les secrets et les suspicions.

Est tenu de fournir au directeur, dans les dix jours suivant l'enregistrement, une déclaration, en la forme réglementaire, contenant les renseignements prévus au paragraphe (2), toute personne qui s'engage à titre d'entrepreneur indépendant moyennant paiement en vertu d'un contrat ou d'un autre arrangement auprès d'un client, personne physique ou morale ou organisation, ou encore à titre d'employé dans le cadre de ses fonctions auprès de son employeur ou d'un client de son employeur (Chambre des communes 1995a : 11724).

Mais cela ne garantit pas pour autant l'absence de secret pour certains échanges dans lesquels l'argent et / ou le favoritisme sont des éléments décisifs, ni certaines suspicions dans l'expression d'intérêts privés. Pour y palier, le rapport Zed de 1994 proposait l'instauration d'un conseiller en éthique qui devait justement produire un code de déontologie pour les lobbyistes afin de résoudre les conflits d'intérêts pouvant être occasionnés entre autres par l'utilisation de l'argent pour influencer directement (Chambre des communes 1995 : 49). Or, comme ce poste est particulièrement important pour garantir

la transparence dans les relations de lobbying entre les décideurs et les démarcheurs, plusieurs se sont demandés pourquoi ce conseiller devait être nommé et pouvait être révoqué par le gouverneur en conseil sans la participation de la Chambre (Chambre des communes 1995 : 74-75). L'association que l'on fait entre le conseiller en éthique et le parti politique montre bien l'importance du poste, ainsi que la place de ce genre de relation dans le système parlementaire canadien (Dussault et Hudon 1999). En réalité, il semble que de nombreux rapports demeurent secrets, et il est très difficile de les rendre connus du public. L'objectif est alors de réduire les suspicions et de limiter les abus de confiance.

La nécessité d'une certaine discrétion entourant ces échanges, ou du moins l'encadrement de l'expression des intérêts privés, nous permet de faire une constatation. L'ensemble que constituent les lobbyistes, aussi bien celui s'exprimant ouvertement que celui travaillant dans l'ombre, laisse entrevoir une structure de pouvoir par le nombre des acteurs qu'il implique et la fréquence des rapports qu'ils entretiennent entre eux. En considérant le lobbying comme un moyen d'accéder dans l'égalité à la prise de décision par la transparence des transactions politiques, le lobbying ne se concevrait plus comme une activité au sein d'une démocratie de représentation. Il contribuerait plus encore à ordonner une structure politique implicite.

Pratiquement, en nous intéressant ainsi aux pratiques de lobbying, un certain nombre de problèmes peuvent pointer à l'horizon. Comment pouvons-nous observer et décrire cette structure, si ses manifestations demeurent en grande partie privées et occultes ? Comme il semble difficile d'observer directement ces rapports, nous pourrions peut-être les observer indirectement par ce que les personnes racontent à leur sujet (Taylor 1991 : 193-207). Entre autres, l'étude de la mobilisation résoudrait en partie ce problème. Elle nous donne non seulement d'observer l'expression des intérêts, mais également de constater des coalitions informelles entre les acteurs. Comprendre comment et pourquoi la population participe aux relations entre les groupes et l'État nous permet d'augmenter nos connaissances au sujet des groupes, de l'État ainsi que de la société dans laquelle ils évoluent (Taylor 1991 : 193-207). C'est en ce sens que l'étude des manifestations publiques de 1995 aux hôpitaux Christ-Roi et Chauveau se révèle intéressante.

La mobilisation par la manifestation populaire

Une manifestation publique est avant tout un événement rare (Robert 1996). D'ailleurs, cette qualité s'observe par le peu d'informations que nous avons tiré des manifestations jusqu'à présent. Pourtant, une manifestation met en relation au même moment un nombre important d'acteurs. Comme son déroulement permet souvent à chacun d'exprimer un désaccord envers une politique publique, la manifestation devient un objet de prédilection pour observer les intérêts et les préférences des acteurs. Comme toute manifestation nécessite une organisation préalable, son déroulement met en relation un ou plusieurs groupes et une autorité publique (Edelman 1971). Malgré qu'il soit pareillement chargé de données sur les comportements politiques, comment expliquer que ce terrain d'observation ait été négligé par les sciences sociales ? Peut-être parce que son observation systématique est extrêmement difficile (Petracca 1992 : 363-371). Ou bien parce que ces événements sont trop rares et revêtent un caractère excessivement partisan (Dion 1967). Ce terrain d'exploration demeure relativement vierge et une multitude de questions demeurent toujours sans réponses.

Une manifestation sert généralement à influencer une décision et à sensibiliser une population au sujet d'un thème central. On y cherche à persuader le public et les décideurs de choisir une option plutôt qu'une autre. En ce sens, la manifestation est un instrument de communication par lequel des intérêts privés et publics sont exprimés (Offerlé 1994). Elle s'apparenterait alors à la campagne de pression déjà analysée par Dion dans *Le Bill 60 et la société québécoise* (Dion 1967). Elle permettrait également de reconnaître des enjeux, des idéologies ainsi que des réseaux d'influence parmi les acteurs. Mais contrairement aux discussions concernant la réorganisation du système scolaire au Québec, le débat se ne fait plus uniquement à l'intérieur des institutions étatiques. Lors d'une manifestation, il se déplace sur la scène publique, dans la rue. Ce qui a pour effet de permettre la participation d'une multitude d'acteurs et une certaine utilisation de l'émotivité du public. Ainsi, une petite partie de la société semble jouer le rôle d'acteur politique.

Ces manifestations populaires étaient des mises en scène destinées à affirmer l'ordre politique structurant les professions reliées au monde de la santé. Elles ont illustré une opposition entre la cohésion interne de cette structure et le cadre fonctionnel qu'impose l'État. Afin de développer cette idée, nous analysons les valeurs que les acteurs nous ont révélées lors des entrevues semi-dirigées que nous mettons en rapport par la suite avec l'organisation des manifestations.

2 Méthodologie

Les valeurs

Tout comme dans la formation d'un groupe, les participants et les organisateurs à une manifestation se définissent par la manifestation elle-même, par une sorte de commun accord (Gaxie 1993; Gilbert 1992 : 373-407). Lors de la manifestation, ils forment un groupe possédant une dynamique propre que certains appellent logique sectorielle (Dobry 1986; Sartre 1960 : 135-446). Cette dynamique s'articule par les valeurs auxquelles chaque participant se rattache (Taylor 1991 : 193-207). Ces valeurs communes correspondent à ce que d'autres auteurs expriment par les concepts de normes de comportement ou d'action, de convention et d'accord implicite (Almond et Verba 1963 : 261-299; Dion 1967 ; Gibbins 1989 : 1-30 ; Gilbert 1992 : 373-407; Kratochwil 1989; Mansbridge 1992 : 32-57 ; Rouse 1996 : 125-157 ; Sreberny-Mohammadi et Mohammadi 1994). De cette façon, les participants à la mobilisation et leurs organisateurs se définiraient comme un groupe par les valeurs qu'ils expriment au moment de la mobilisation.

Les normes : des relations souhaitées

Mais ces concepts de normes de comportement, de convention et d'accord implicite demeurent abstraits. Le choix d'une valeur est le résultat d'une réflexion rationnelle certes, mais il est aussi le résultat d'émotions provoquées par les rapports qu'un individu entretient avec les autres quotidiennement (Radcliffe-Brown 1968 : 311-316). Ces valeurs se retrouvent alors dans le langage sous différentes formes. D'une part, l'individu évoque des

valeurs en exprimant des obligations absolues, des devoirs, et des nécessités, comme par exemple, « il faut être transparent », « on ne peut pas toucher à la santé de la population », etc. Ces dimensions nous permettent d'identifier des normes politiques. Elles nous dévoilent des relations souhaitées par les acteurs.

Les symboles : des relations vécues

D'autre part, l'individu évoque des jugements de valeur impliquant une certaine émotion par l'utilisation de l'orthonymie, la métonymie, la métaphore et la péronymie dans le langage (Pottier 1992 : 123-126). L'emploi de ces procédés linguistiques permet d'exprimer ces jugements de valeurs à l'aide de signes (Wittgenstein in Schneider 1994 : 45). L'orthonymie permet d'insister sur un des caractères d'un mot par la répétition de ce mot ou en le définissant immédiatement comme dans l'expression « il faut appeler un chat un chat » (Pottier 1992 : 123). La métonymie permet également d'insister sur un des attributs d'un mot, mais par un terme qui le représente, comme dans l'expression des « voiles » pour désigner un « bateau » (Pottier 1992 : 123). La péronymie pour sa part exprime un mot ou une idée par l'utilisation d'une périphrase ou d'une parabole (Pottier 1992 : 124-125). Mais de ces quatre dimensions, la métaphore est la plus intéressante, puisqu'elle s'intéresse au transfert de sens d'un mot à l'autre, pour exprimer ce qui est plus difficile à exprimer comme les émotions.

Ce transfert crée des images exprimant un jugement de valeur de la part de celui qui crée la métaphore. Dans notre recherche de données, nous évitons les expressions usuelles de la langue française, ainsi que les qualificatifs grossis et les figures de style, pour nous concentrer uniquement sur les métaphores originales décrivant des actions, des acteurs et des situations. L'extraction des données se réalise selon une grille d'analyse tirée de l'ouvrage *Instructional Design* dans lequel on donne une méthode qui, à notre avis, suffit à retracer les métaphores, à encadrer leur description et à en permettre la reproduction (West, Farmer et Wolff 1991 : 130-150). Bien que cette grille ait été conçue originellement pour permettre à

des enseignants de construire des métaphores afin de faciliter leur pédagogie, l'utiliser pour extraire des métaphores demeure très intéressant. Voici sommairement comment elle se présente.

Une métaphore est constituée de deux éléments. D'abord, nous retrouvons un objet connu dont nous connaissons le sens et les qualités. Cet objet est le véhicule. Puis, nous transposons les caractères de ce véhicule à un deuxième objet dont nous voulons modifier le sens et les qualités. Ce deuxième objet est le sujet. Par comparaison et interaction, nous transférons le sens et les qualités du véhicule au sujet. Dans le cas de l'interaction, ce transport s'effectue par la création d'une similitude entre le véhicule et le sujet, alors que dans le cas de la comparaison, il s'effectue par l'exagération des ressemblances et des dissonances entre le véhicule et le sujet.

De plus, chaque métaphore est insérée dans un contexte donné et réfère à un symbole, reflétant un sentiment. Ainsi, pour chaque métaphore trouvée, nous appliquons la grille suivante :

Extrait de l'entrevue	Sujet	Véhicule	Métaphore	Idée transmise	Symbole
« qui s'était attaqué au château fort des hôpitaux, des médecins et tout ça ».	Les hôpitaux	Les châteaux forts	On applique l'expression château fort aux hôpitaux.	Les hôpitaux sont comme des châteaux forts.	Protection et défense des intérêts des patients et des médecins

De l'extrait « qui s'était attaqué au château fort des hôpitaux, des médecins, et tout ça », l'auteur compare l'expression « château fort » au mot « hôpitaux ». Ainsi, il veut appliquer la caractéristique principale du château fort aux hôpitaux. Il transmet l'idée que les hôpitaux sont comme des châteaux forts en ce sens qu'ils protègent les intérêts des patients et du personnel qui y est actif. L'hôpital devient alors un symbole de protection et de défense. La métaphore ne nous permet pas de décrire la valeur que la personne exprime, mais le jugement de valeur dérivant de la confrontation de ses valeurs personnelles avec ce qu'elle

vit dans une situation donnée. Elle nous permet donc d'identifier les symboles politiques que la personne reconnaît, décrivant ses relations vécues.

Par les obligations absolues, les devoirs, et l'expression des nécessités ainsi que par la métaphore, nous pouvons identifier les normes et les symboles politiques que reconnaissent les acteurs dans le système de la santé dans la région de Québec. Les normes nous dévoilent les relations souhaitées par ces acteurs alors que les symboles politiques nous révèlent les relations vécues que les acteurs expriment lors des entrevues. L'articulation entre les relations souhaitées et vécues que les acteurs perçoivent nous permet de comprendre l'ordre de la structure politique que les acteurs entretiennent conséquemment à leurs rapports, et auquel l'État cherche à s'imposer.

Ce travail est l'aboutissement d'une démarche visant à l'origine l'analyse du lobbying populaire utilisant la manifestation publique lors du *séminaire de science politique* dirigé par monsieur Raymond Hudon à l'automne 1995. Nous avons analysé les manifestations survenues à Christ-Roi et à Chauveau pour déterminer si elles constituaient une activité de pression. Comme elles mettaient en scène un nombre considérable d'acteurs et que ces manifestations étaient étroitement liées à la transformation du système de santé dans la région de Québec, nous avons choisi de poursuivre notre analyse plus en profondeur dans le cadre d'une maîtrise de science politique. La présentation des résultats se divise en trois parties.

Dans le chapitre trois, nous rapportons les résultats de cinq entrevues semi-dirigées que nous avons menées en 1995 au sujet des deux manifestations. Dans le chapitre quatre, nous analysons la transformation du système de santé dans la région de Québec, amorcée en 1989 jusqu'au déroulement des manifestations, par l'examen de quatorze autres entrevues semi-dirigées réalisées entre 1998-1999. Le cinquième chapitre, consacré à l'analyse des valeurs partagées par les acteurs de la transformation du système de santé et des manifestations populaires, se constitue de l'examen des normes et des symboles politiques contenus dans l'ensemble des dix-neuf entrevues que nous avons réalisées. Chacune de ses entrevues a été

transcrite afin de faciliter l'analyse. Les personnes interviewées ont été mêlées directement ou indirectement aux événements qui nous intéressent : syndicalistes, médecins, élus municipaux et provinciaux, directeurs d'hôpitaux, présidents de corporation professionnelle, animateur de radio, personnel de l'administration publique et un professeur d'université². L'analyse des deux manifestations et du début de la mise en œuvre de la réforme s'articule également aux dimensions que représentent les acteurs, les ressources, les stratégies et les enjeux. En plus des entrevues, l'analyse de ces deux chapitres s'appuie sur une revue de presse entre 1990 et 1995 : *Le Journal de Québec*, *Le Soleil*, *La Presse*, *Le Devoir* ainsi que *Le Droit*³. En bonne partie, la sélection des articles a été effectuée à l'aide du CD-ROM *Actualité*.

² Cf Annexe A Liste des personnes interviewées, pages 94-95.

³ Cf Annexe B Revue de presse, pages 96-101.

3 Les manifestations populaires

Le contexte

En mai 1995, deux hôpitaux étaient l'objet de controverses concernant leur fermeture probable. Le gouvernement péquiste de l'époque avait alors déposé le projet de loi 83 accordant entre autres au ministre de la Santé et des Services sociaux le droit de fermer les hôpitaux qu'il jugeait à propos. Ce projet de loi venait modifier la loi 120 et devait être voté le 20 juin 1995 (Normand 1995, *La Presse* : 2 juin). Après une série de consultations auprès des intervenants directement concernés, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec laissait entrevoir la disparition d'environ six cents lits de courte et de longue durée dans la région de Québec. Suite à des rumeurs de fermeture, plus de dix mille personnes se sont rassemblées le 1^{er} juin autour de l'hôpital Christ-Roi pour former une chaîne humaine de solidarité contre la fermeture pure et simple de l'hôpital. Une semaine plus tard, un deuxième événement est organisé. C'était au tour de certains membres du personnel de l'hôpital Chauveau d'accueillir plus de quinze mille manifestants. Ces deux événements ont provoqué des sorties dans les médias de la part des divers acteurs et de houleux débats à l'Assemblée nationale. De plus, plusieurs reportages au sujet des fermetures d'hôpitaux ont été publiés dans les quotidiens locaux. La période dans laquelle se déploient ces manifestations, de leur organisation à leurs conséquences immédiates, s'étend du 16 mai au 21 juin 1995.

Un survol des événements

Dans les médias, les événements menant aux manifestations se seraient précipités autour de la deuxième semaine du mois de mai 1995. En effet, au moment du dépôt du projet de loi 83, le premier ministre Parizeau faisait une sortie agressive à propos de certaines questions soulevées à l'Assemblée nationale au sujet de la fermeture probable d'hôpitaux dans la région de Québec.

Tout le monde a un peu de responsabilité dans notre société à présenter les choses correctement devant le public et à ne pas chercher à énerver indûment, à créer une sorte de panique chez les gens qui sont les plus fragiles (Des Rivières 1995, *Le Devoir* : 16 mai).

Le député de l'opposition Pierre Marsan, qui « avait eu vent des intentions de la Régie régionale quant aux fermetures d'hôpitaux », avait questionné intensément le ministre de la santé Jean Rochon en session parlementaire, et lui avait demandé s'il niait que des hôpitaux allaient fermer (Clément 1995, *La Presse* : 11 mai). La réponse imprécise de ce dernier s'est transformée par la suite en une rumeur. Dans un mouvement de panique, le directeur de l'hôpital Chauveau arrangeait dans les jours suivants une rencontre avec le député de Chauveau, Raymond Brouillette (Lemieux 1995, *Le Soleil* : 26 mai).

Le 31 mai, le député de l'opposition libérale chargé du dossier de la réforme du système de santé, Pierre Marsan, récidivait. Il lançait de nouveau dans les médias, mais avec encore plus de confiance que la première fois, que les hôpitaux Chauveau et Christ-Roi fermentaient (Leduc 1995 *Le Soleil* : 31 mai). Ces paroles ont porté loin puisque le soir même, dix mille manifestants se massaient autour de l'hôpital Christ-Roi. La population a manifesté son désaccord en formant une chaîne humaine autour de l'établissement. Le succès de cette manifestation a accru la pression sur le gouvernement. Le député péquiste Brouillette, interviewé sur les ondes de CHRC le lendemain, affirmait qu'il ne démissionnerait pas si les rumeurs de la fermeture de Chauveau devaient se concrétiser (Lachance et Leduc 1995, *Le Soleil* : 1 juin).

Suite aux succès de la manifestation à l'hôpital Christ-Roi, la vague de contestation se déplace vers un deuxième établissement de santé. Le 2 juin, le maire de Loretteville invite les maires des douze municipalités desservies par l'hôpital Chauveau à se mobiliser pour le mercredi suivant (Roy 1995, *Le Journal de Québec* : 2 juin). On avait invité également le député Raymond Brouillette à participer à la manifestation (Lemieux 1995, *Le Soleil* : 7 juin; Roy 1995, *Le Journal de Québec* : 7 juin). La manifestation a eu lieu comme prévu. Cependant, on apprend que le député libéral Pierre Marsan, qui n'avait pas été invité officiellement, avait quand même réussi à se faire entendre par l'entremise de manifestants qui lui auraient fourni un micro (Bornais 1995, *Le Journal de Québec* : 8 juin). La manifestation est encore plus acerbe que celle de Christ-Roi. Le député Brouillette arrive à peine à se faire entendre tellement la clameur de la foule se fait forte (P.C. 1995, *La Presse* : 8 juin). La tension de la manifestation a pris même quelques jours avant de se relâcher. En effet, le lendemain le 8, le ministre de la Santé Jean Rochon faisait une violente sortie dans les journaux pour calmer les esprits.

Sortant de ses gonds pour une rare fois, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, s'en prend vertement à « l'establishment » des directeurs généraux d'hôpitaux qui n'hésitent pas à se transformer en « cheerleaders » pour défendre ses « privilèges », et à organiser de « l'agitation » pour ameuter le bon peuple. En lançant un appel à « la responsabilité et au sens de l'éthique public » des dirigeants d'hôpitaux, Jean Rochon veut que ces derniers cessent « de défendre leurs privilèges » et se rangent derrière le gouvernement pour expliquer correctement les objectifs de la réforme à la population ainsi qu'aux employés et patients de leur établissement respectif (Leduc 1995, *Le Soleil* : 9 juin).

Cette sortie devait ralentir considérablement la suite des protestations. D'ailleurs, l'association des directeurs d'hôpitaux donnait pas plus tard que le lendemain, « un appui sans réserve à la réforme du système de santé » (Paquin 1995, *La Presse* : 10 juin). Pour mieux comprendre le déroulement de ces événements, observons comment les manifestations tenues à Christ-Roi et à Chauveau se sont préparées et se sont déroulées.

Une chaîne humaine à Christ-Roi

Bien qu'elle ait laissé paraître une certaine spontanéité, la manifestation tenue à Christ-Roi avait été organisée. Bien plus, elle constituait l'aboutissement des démarches que la direction avait entreprises pour défendre l'hôpital. En effet, après l'annonce le 13 avril par la Régie régionale de Québec des objectifs et des mesures concernant la réorganisation des soins de santé et des services sociaux, un comité de survie se formait à l'hôpital avec la participation de certains membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du conseil des infirmiers et infirmières, du personnel et de la direction de l'hôpital. Ce comité de survie devait se rendre aux audiences de la Régie régionale de Québec le 11 mai, accompagné du maire de Vanier et d'une centaine de personnes, pour y déposer un mémoire ainsi qu'une pétition qu'ils devaient défendre devant les mêmes représentants dans la dernière semaine de mai. Entre ces représentations, on s'affairait à organiser la soirée du 31 mai.

L'initiative de cet événement vient de la direction générale de l'hôpital, qui s'occupa de contacter tous les conseils, les associations et les syndicats de l'hôpital par lettre et par des rencontres, les invitant à organiser et à participer à une chaîne humaine de solidarité le 31 mai à 19 h 00. Elle s'occupa également d'inviter certaines personnalités à venir parler à une tribune qui serait érigée pour l'occasion. On invita la députée péquiste de Vanier, Diane Barbeau, et le député libéral critique de la réforme de la santé, Pierre Marsan. Mais dès que députée de Vanier prit connaissance de la présence de députés du parti de l'Opposition, elle refusa l'invitation. On invita également le maire de Ville Vanier, Robert Cardinal, à appuyer et à participer à l'organisation de la manifestation. Celui-ci avait auparavant proposé une résolution au Conseil de ville, adoptée le 1^{er} mai, pour soutenir l'hôpital dans ses démarches. À leur tour, les médecins, les différents corps professionnels ainsi que les employés de l'hôpital invitèrent la population de Ville Vanier, les amis, les parents et les patients à participer à la chaîne humaine par une distribution de dépliants, des appels téléphoniques, des lettres et du « bouche à oreille » en évoquant les bouleversements que la réforme allait provoquer. Dans les dépliants, on demandait aux gens intéressés à participer à l'événement de remplir et retourner le coupon au bas de la page en mentionnant le nom du participant et le

nombre de personnes qui les accompagneraient, et de le retourner à l'hôpital. Et ces contacts ne se sont pas limités à la population.

Le comité de survie a semblé pris de vitesse dans l'organisation de la chaîne humaine par l'engouement manifesté par des personnes contactées. Certaines personnes se chargèrent personnellement de prendre contact à leur façon avec les personnalités concernées par la fermeture de l'hôpital. On appela à l'hôpital pour offrir de l'aide (Roy 1995, *Le Journal de Québec* : 31 mai). On fit pression sur la députée de Vanier par des appels téléphoniques et des messages laissés sur répondeur. On contacta le député Marsan pour s'assurer de sa présence. Quelques jours avant l'événement, certaines personnes appelèrent l'animateur matinal de la station CHRC, André Arthur, pour faire la promotion de l'événement. Celui-ci rapporta en ondes les propos des organisateurs. Il demanda une entrevue sur les ondes à la députée de Vanier, qui refusa de nouveau. Le matin même de la manifestation, il annonça l'endroit, la date et l'heure de l'événement. Ainsi, l'organisation de la manifestation laissa entrevoir une certaine fébrilité chez les organisateurs et la population à montrer leur désaccord avec la fermeture probable de « leur » hôpital.

Le 31 mai, on dressa pour l'occasion une tribune avec des échafaudages devant l'hôpital de briques beiges situé en bordure du boulevard Hamel à Vanier. Sur la tribune, on installa un amplificateur. Vers le début de cette belle et chaude soirée de printemps, une foule se forma au pied de la tribune adossée à l'hôpital. Des gens habitant près de cet endroit s'attroupèrent rapidement. Il y avait des jeunes, des vieux, des familles avec leurs bébés. Certains venaient de loin, de la périphérie de Québec et même de certaines régions éloignées telles que Charlevoix et la Haute-Côte-Nord. Sur la tribune, le maire de Ville Vanier, les députés libéraux Pierre Marsan et Margaret Delisle, des représentants du conseil d'administration de l'établissement, des membres des divers conseils et associations, ainsi que le directeur général de l'hôpital allaient prendre la parole. Pendant ce temps, dans la foule, on distribua des casquettes, des visières et des petits drapeaux du Canada aux manifestants. Des journalistes firent des entrevues avec des cameramen pendant que d'autres survolaient

l'hôpital en hélicoptère. Le populaire animateur de CHRC se promenait dans la foule, près de la tribune d'où il diffusait en direct à la radio.

Premier geste, on fit une chaîne humaine en invitant les gens à se donner la main tout autour de l'hôpital. Rapidement, les gens entourèrent l'hôpital en chantant, en criant et en riant. La foule grossit progressivement si bien que le service d'ordre se trouva débordé et dut alors diriger la circulation sur le boulevard Hamel, occupé en grande partie par les manifestants. Puis, la chaîne humaine terminée, tout était en place pour les discours. Chaque invité sur la tribune fit une allocution au sujet de la fermeture de l'hôpital. La députée de Vanier se fit huer et injurier, bien qu'absente de la manifestation. Vers les 21h 00, la foule se dispersa tranquillement dans le calme. Les participants avaient manifesté leur désaccord envers la fermeture probable de l'établissement qui leur était cher. Cette manifestation, qui sortait de l'ordinaire pour la région de Québec, n'est pas passée inaperçue. Les organisateurs s'attendaient à retrouver entre deux et cinq mille personnes. Il en était venu dix mille. Ce succès éclatant a stimulé l'organisation d'une deuxième manifestation qui se préparait depuis quelques semaines à Loretteville, dans la banlieue nord de la région de Québec.

Un spectacle à Chauveau

Si la manifestation à Christ-Roi sembla homogène dans l'organisation et le déroulement, celle à Chauveau fut davantage hétérogène, présentant une diversité au niveau des acteurs et des activités de ceux-ci. Cette manifestation se distingue non seulement dans le nombre de participants, mais également dans le déroulement même de l'événement. Dans les mêmes instants environ où les gens de Christ-Roi préparaient leur chaîne humaine, les organisateurs de Chauveau s'interrogeaient sur la façon de procéder.

En prenant connaissance de la fermeture possible de l'hôpital Chauveau, le directeur de l'hôpital appela le député de Chauveau pour organiser une réunion. Ils se rencontrèrent un matin, en compagnie du président du conseil d'administration et du président du conseil des

médecins, dentistes et pharmaciens, pour convenir du cadre dans lequel ils devaient réagir. Suite à cette réunion, ils convoquèrent une conférence de presse à laquelle ils invitèrent les maires des treize municipalités desservies par l'hôpital Chauveau. Mais comme la position du député, du directeur général et des principaux présidents d'association n'était pas favorable à la tenue d'une manifestation, les maires refusèrent et prirent en main l'organisation de la manifestation. Le maire de Loretteville contacta alors le président du conseil d'administration, son frère, pour élaborer une stratégie.

Le maire de Loretteville rencontra alors le conseil d'administration de l'hôpital. À la sortie de cette réunion, il contacta douze maires dont les municipalités sont desservies par l'hôpital. Avec des médecins, ils formèrent un comité de survie. Entre-temps, étant mis au courant de l'organisation de l'événement à Chauveau, l'animateur radiophonique de CHRC offrit son équipement sonore aux organisateurs qui le refusèrent. Il firent plutôt appel à une firme de publicité pour assurer le soutien logistique. Les municipalités achetèrent également du matériel pour l'événement. Deux jours avant la manifestation, le comité de survie et le député de Chauveau se réunirent de nouveau. À cette occasion, on réussit à convaincre le député de Chauveau de participer à la manifestation le lendemain soir. Rassuré sur la neutralité politique de la manifestation, la participation du député libéral critique en matière de santé étant écartée, le député de Chauveau accepta de se joindre finalement au groupe.

La température n'était pas aussi clémente que la semaine précédente à Christ-Roi. Un orage éclata pendant la manifestation. Cependant, il n'a pas empêché la population de se présenter sur les lieux. Plusieurs avaient été informés de l'événement par des dépliants distribués dans les municipalités, par des panneaux publicitaires plantés un peu partout sur le territoire concerné, et par les médias. Comme l'hôpital couvrait un vaste territoire, des services d'autobus et de co-voiturage avaient été mis sur pied. Exceptionnellement, la municipalité de Loretteville permit le stationnement dans toutes les rues. Le trafic était dirigé par la Régie intermunicipale de la Haute-Saint-Charles et un périmètre de sécurité avait été dressé. Puisque la chaîne humaine de Christ-Roi avait attiré dix mille personnes, on n'en souhaitait pas moins à Chauveau.

Quinze mille personnes se présentèrent aux environs de 19 h 00 devant l'hôpital Chauveau à Loretteville. Mais cette fois-là, il n'était plus question d'une chaîne humaine. C'est un spectacle qui était offert à la population. Pour ce faire, on avait préparé une scène, sur le toit de la chaufferie de l'hôpital où on avait installé un micro relié à des haut-parleurs au niveau du sol. Au fur et à mesure que la population se massait, un manifestant distribuait des petits drapeaux canadiens. On fit jouer de la musique. Les journalistes, présents parmi la foule, réalisèrent des interviews. Certains prirent des clichés de la manifestation en survolant en hélicoptère l'hôpital et son site.

Les maires des treize municipalités, le député de Chauveau, le président du conseil d'administration, le chef de bande de Wendake, des conseillers municipaux de la Ville de Québec et des médecins montèrent sur le toit pour faire leur discours. À un moment donné, on envoya quelqu'un dans la foule avec un micro pour aller prendre les commentaires de la population. Or, le premier interviewé fut le député Marsan, qui, n'étant pas invité à faire un discours, s'était joint à la foule. Quelqu'un le présenta comme le « sauveur » de l'hôpital, si bien que de la foule dans laquelle il se promenait, il fit lui aussi un petit discours. Le tour vint au député de Chauveau qui, du haut du toit de l'hôpital, tenta de défendre à la fois l'hôpital et à la fois la réforme de la santé que son gouvernement initiait. À ce moment, les manifestants se firent plus virulents.

Voyant le député Brouillette du haut de la chaufferie prendre le micro, ils se mirent à crier, à hurler, à huer, à crier « chou », à le traiter de « vendu » de toutes leurs forces, si bien que le député, qui s'était avancé tout au bord du toit, attendit de longues minutes. Mais comme la clameur ne semblait pas vouloir diminuer, il se mit à parler. On cria plus fort. Il se mit à hurler au micro pour se faire entendre. Du toit, le député ne s'entendait même pas parler au micro. Sentant qu'il ne pourrait jamais prononcer une seule parole audible, le député fit marche arrière et laissa sa place. Les cris et le vacarme mirent plusieurs minutes à s'estomper et la foule se dispersa vers les 21 h 30.

Une rumeur

Les événements entourant les manifestations de Christ-Roi et de Chauveau nous permettent de faire une première constatation. Il semble qu'ils aient été générés de l'Assemblée nationale, où l'Opposition officielle a attaqué le parti gouvernemental sur l'enjeu de la fermeture probable de certains hôpitaux dans la région de Québec. Comme le ministre de la Santé avait répondu de manière vague, une rumeur a pris forme. Cette rumeur aurait tiré sa force du fait qu'il fallait prouver que les hôpitaux n'allaient pas fermer (Sreberny-Mohammadi et Mohammadi 1994). Comme il n'y a pas eu de démenti clair de la part du gouvernement à ce sujet, la population se serait inquiétée à tel point qu'elle n'a pas hésité à participer massivement aux deux événements.

Par ailleurs, lorsque nous comparons les deux manifestations, celle de Chauveau semble être plus organisée, moins « spontanée » que celle de Christ-Roi. Cette impression de spontanéité à Christ-Roi a plusieurs origines. D'abord, la participation massive de la population à la chaîne humaine à Christ-Roi était inattendue, alors qu'à Chauveau, on s'attendait à accueillir au moins autant de gens qu'à Christ-Roi. En plus, bien qu'elle ait organisé la manifestation, la direction de l'hôpital a été surprise par l'implication de la population. Plusieurs personnes qui n'étaient pas directement en rapport avec les organisateurs se sont chargées d'établir des contacts, alors qu'à Chauveau, cette implication est demeurée plus directement liée aux organisateurs qui acceptaient le bénévolat de ceux qui voulaient donner un coup de main à l'organisation. Enfin, le service d'ordre à Christ-Roi a été débordé durant la manifestation alors qu'à Chauveau, un périmètre de sécurité était installé avant la manifestation. Ainsi, la chaîne humaine à Christ-Roi a semblé plus spontanée dans son déroulement que la manifestation à Chauveau.

Mais dans les faits, les deux manifestations étaient soigneusement préparées à l'avance. Dans le cas de Christ-Roi, il faut remonter au mois d'avril pour trouver les premiers

mouvements de ce côté, alors qu'à Chauveau, la réaction semble avoir suivi d'une ou deux semaines. Par ailleurs, la tribune et la chaîne humaine à Christ-Roi étaient également planifiées. La scène, les invités et les discours avaient été préparés. Nous pourrions même avancer également qu'à Chauveau, le discours de Pierre Marsan, qui avait réussi à se glisser parmi la foule, a été planifié par quelques membres de l'organisation de la manifestation qui, à l'insu peut-être de certains autres organisateurs, lui auraient fourni un micro, créant un effet de surprise. Ainsi, la spontanéité des manifestations se retrouve davantage dans l'engouement de la population à participer aux manifestations, que dans l'organisation des manifestations en elle-même. Comparons maintenant ces deux manifestations au niveau des acteurs, des enjeux, des ressources, et des stratégies afin de mieux saisir à quoi elles étaient destinées.

Les acteurs

Pour les deux événements, les acteurs sont semblables. Nous y retrouvons des manifestants de tous âges et provenant d'un peu partout dans la région de Québec et même de l'extérieur. Les médias sont également présents, parmi la foule et dans les airs, survolant les deux hôpitaux. De plus, les élus municipaux et provinciaux prennent part aux événements par des discours et dans l'organisation des manifestations. Par contre, le personnel de l'hôpital Christ-Roi s'implique dans l'organisation et dans le déroulement de la manifestation, alors que celui de l'hôpital Chauveau est tenu à l'écart. D'autres différences sont perceptibles au niveau du nombre de participants dans trois de ces cinq catégories d'acteurs.

Premièrement, la participation des élus provinciaux a été différente en rapport avec les partis politiques. À Christ-Roi, les députés des deux principaux partis politiques à l'Assemblée nationale, le Parti québécois et le Parti libéral, étaient invités à prendre la parole le soir de la manifestation, alors qu'à Chauveau, seul le député local du Parti québécois a été invité officiellement. Or, à Christ-Roi, la députée péquiste de Vanier, a décliné l'invitation de participer à la manifestation, prétextant ne pas vouloir servir d'exutoire à la foule comme représentante du gouvernement. Les députés libéraux Pierre Marsan et Margaret Delisle ont

été les seuls représentants des députés à la chaîne humaine de Christ-Roi. Par contre, à Chauveau, bien qu'il ait été l'unique député invité, le péquiste Raymond Brouillette a dû se confronter au député libéral Pierre Marsan, qui est parvenu à prendre la parole par l'entremise d'un manifestant qui lui a fourni un micro. Nous constatons alors que la participation des élus provinciaux s'imposait du fait de leur rôle de représentants de la population manifestante. Cependant, la présence de l'un et l'absence de l'autre montrent également l'importance du face à face entre péquistes et libéraux dans l'opinion des manifestants, même si cette confrontation ne voulait pas s'afficher directement devant les manifestants.

Deuxièmement, les élus municipaux participent aux deux événements, mais en nombre différent. En effet, à Christ-Roi, seul le maire de Vanier, aux côtés de conseillers municipaux de la Ville de Québec représentant les quartiers avoisinants, est présent et fait un discours. Il participe également à l'organisation de la manifestation à la demande de l'hôpital. Par contre, à Chauveau, les maires sont plus nombreux et leur implication est plus poussée. Non seulement ils sont treize à monter sur la tribune, mais ils prennent charge de l'organisation. En effet, c'est le maire de Loretteville qui a pris l'initiative de tenir la manifestation en collaboration avec le président du conseil d'administration de l'hôpital. L'Hôtel de ville s'est transformée pour les circonstances en « quartier général » d'où les informations partaient et où elles étaient recueillies. C'est à l'Hôtel de ville que les gens appelaient pour offrir leur aide. C'est également à partir de l'Hôtel de ville que les services d'autobus et de co-voiturage se sont organisés. Dans cette optique, la participation des élus municipaux à la manifestation n'était pas uniquement de soutien à la cause du personnel et des usagers de l'hôpital. Elle permettait aussi indirectement l'expression d'enjeux municipaux par une démonstration de solidarité entre les élus municipaux. Ainsi, à Christ-Roi, les élus municipaux participent à la manifestation, alors qu'à Chauveau, ils organisent la manifestation. Cette distinction laisse paraître des différences au niveau de l'implication du personnel des hôpitaux dans l'organisation des manifestations.

À Christ-Roi, même si on évitait de l'afficher explicitement à l'extérieur, les employés de l'hôpital ont préparé l'événement. Les syndicats, les associations de professionnels, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que le conseil des infirmiers et infirmières se sont impliqués dans l'organisation de la chaîne humaine. De plus, le directeur général et le conseil d'administration sont à l'origine de l'événement. Ils se sont occupés de faire les contacts et d'articuler les démarches entre elles pour faire pression sur le gouvernement. Dans le cas de Chauveau, il en va tout autrement. L'implication de la direction générale de l'hôpital semble se limiter à une rencontre avec le député Brouillette. À la sortie de cette rencontre, ils ont invité les maires à une conférence de presse. Ils étaient opposés au départ à la tenue d'une manifestation à Chauveau. Mais les maires ont refusé de participer à cette conférence de presse, en particulier celui de Loretteville, qui désirait la tenue d'une manifestation. Ils ont alors pris eux-mêmes la charge de l'organisation et de la présentation de l'événement. On est même allé demander aux employés de demeurer à l'extérieur de l'organisation de la manifestation, souhaitant plutôt la participation directe de la population. Ainsi, la chaîne humaine de solidarité à Christ-Roi impliquait davantage le personnel de l'hôpital que la manifestation à Chauveau, où la participation des élus municipaux se révèle dominante.

L'implication des acteurs dans l'organisation et dans le déroulement des manifestations nous permet de faire un constat. La présence du parti politique au pouvoir aux manifestations semble hasardeuse, au point qu'à Christ-Roi, la députée ne se présente pas et qu'à Chauveau, le député se présente à la condition que le député de l'Opposition n'y soit pas. Par ailleurs, la présence des élus municipaux semble nécessaire à la réalisation des deux événements. À Christ-Roi, la participation du maire de Vanier est pertinente, car il représente la population locale desservie par l'hôpital. Du côté de Chauveau, la participation des élus municipaux est non seulement rattachée à la fonction de représentation de la population, elle apparaît essentielle à la tenue de la manifestation, puisqu'ils ont organisé et présenté l'événement.

On a beaucoup fait état de la participation des médias dans l'organisation des événements, spécialement à Christ-Roi, où les succès de la chaîne humaine seraient le résultat présumé de

la médiation radiophonique de l'animateur matinal de CHRC, qui a lancé les invitations à la population le matin même de l'événement. Bien que les médias aient joué un rôle fort appréciable dans les événements, il n'en demeure pas moins que leur implication demeure limitée. D'ailleurs, leur accorder une grande importance dans le succès des manifestations serait leur attribuer un pouvoir immense sur les foules. Des nuances doivent être apportées. D'une part, les médias n'ont pas créé les événements, ils y ont participé. D'autre part, s'il n'y avait pas eu de rumeur quant à la fermeture de ces établissements, nous pourrions nous demander par quel tour de force l'animateur de CHRC aurait pu attirer tant de personnes à la chaîne humaine. La perspective de voir un hôpital fermer a sûrement beaucoup plus contribué à la participation massive de la population à la manifestation qu'une seule émission sur le sujet le matin de l'événement. Non pas que l'activité de l'animateur radiophonique n'ait pas favorisé le succès de l'événement. L'émission de radio à CHRC le matin précédent la manifestation à Christ-Roi a eu un effet ponctuel (Crespi 1997 : 47-75). Elle a largement contribué à attirer plusieurs manifestants à Christ-Roi. Mais cet événement jouissait d'un certain vent favorable parmi la population à cette époque (Burgelin 1978 : 23-43). Les médias ne sont pas à l'origine des protestations de la population ni de l'organisation des événements. Ces précisions nous amènent à considérer les enjeux au centre des manifestations.

Les enjeux

Le principal enjeu des deux événements est sans contredit la fermeture probable des deux centres hospitaliers. Cependant, des différences parmi les types d'acteurs présents à la chaîne humaine à Christ-Roi et à la manifestation à Chauveau nous laissent entrevoir d'autres enjeux, plus ou moins visibles ou cachés. D'abord, dans les deux manifestations, ce sont les soins de santé et les emplois liés à ces soins de santé qui « expliquent » la présence du personnel et de la population aux événements. De plus, dans les deux cas, la recherche du pouvoir politique appuyé sur la sympathie de l'électorat appelait la présence des élus provinciaux à ces manifestations. Puis, il semble bien que la décentralisation du gouvernement vers les municipalités de certaines charges fiscales aurait incité la

participation des maires à la manifestation de Chauveau, alors qu'à Christ-Roi, le maire semble avoir participé à la manifestation davantage comme représentant de la population. Enfin, la course aux cotes d'écoute et aux tirages aurait favorisé la présence active des médias dans les deux manifestations, chacun tentant de diffuser au maximum les informations sur ces événements d'éclat. Ainsi, la rumeur entourant la fermeture des hôpitaux Christ-Roi et Chauveau aurait donné la possibilité à plusieurs acteurs de s'exprimer autour d'enjeux aussi divers que ceux des soins de santé, des emplois reliés au monde hospitalier, de la compétition pour le pouvoir politique, de la décentralisation fiscale mettant en présence le gouvernement du Québec et les municipalités ainsi que la compétition autour des cotes d'écoute et des tirages. Mais ces enjeux convergent tous sur un point. Tous cherchent à plaire à la population en général, en présentant au public une solidarité explicite, par la manifestation de la volonté générale et en évitant d'afficher explicitement leur appartenance à une entreprise, un groupe ou un parti politique.

En applaudissant, en huant et en faisant une chaîne humaine, la foule a manifesté sa solidarité envers les usagers et le personnel de l'hôpital. En faisant des discours, les maires présents à la manifestation à Chauveau ont exprimé une solidarité avec la population, l'utilisant en retour pour montrer une solidarité du monde municipal face au gouvernement péquiste dans la perspective de négociations prochaines au sujet de la décentralisation de certains pouvoirs de l'État vers les municipalités. Puis, les discours des députés libéraux aux manifestations visaient à montrer une solidarité du parti de l'Opposition avec le personnel et les usagers des établissements contre le gouvernement péquiste au pouvoir. Il n'y avait que les députés péquistes pour qui exprimer la solidarité avec les participants à la manifestation était plus délicat. La discipline de parti les plaçait dans une mauvaise situation face à l'opinion publique. Ils ne pouvaient pas se présenter contre les participants à la manifestation, le nombre imposant des manifestants ne leur laissant pas ce choix, ni contre le gouvernement qu'ils représentaient. Ainsi, ils devaient montrer une solidarité avec à la fois les participants et leur parti. Le problème était de taille. Parce que refuser de participer signifiait en quelque sorte un manque de solidarité avec les manifestants. Mais y participer signifiait aussi dans une certaine mesure un affront aux participants. Dans le cas de Christ-

Roi, la députée a montré une solidarité plus forte avec son parti qu'avec les participants à la manifestation en refusant justement de participer. Alors qu'à Chauveau, le député a affronté les manifestants, qui l'ont finalement terrassé.

Enfin, les médias étaient portés par les événements, puisque les qualités exceptionnelles de ces manifestations pour la région de Québec ne pouvaient que leur attirer une grande attention. En ce qui concerne la couverture de la manifestation à Chauveau, une compétition s'est établie entre quelques médias pour l'exclusivité de la couverture de l'événement. Les enjeux des manifestations s'articulent à un enjeu principal, celui de s'attirer la sympathie du public pour conserver des soins de santé, et s'y greffait pour conserver des emplois, pour donner du poids aux municipalités dans les négociations avec le gouvernement, et pour augmenter les tirages et les cotes d'écoute. Pourtant, on laissait entrevoir que toute cette solidarité cherchait à influencer les décideurs, tant de la Régie régionale que du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ainsi, les deux événements se rapprochent de la définition que le rapport Zed accordait au lobbying populaire.

Elles ont été des actions de solidarité par lesquelles les organisateurs ont cherché à montrer qu'une large part de la population était en désaccord avec la politique du gouvernement. Il y a bien eu tentative de pression de la part des groupes sociaux sur les élus. Cette pression s'est effectuée ouvertement par deux manifestations. Par contre, les manifestations ne visaient pas à proposer des alternatives à une situation problématique. Elles visaient surtout à contrer une décision probable du gouvernement. En ce sens, la pression était destinée contre le gouvernement. Mais comme nous l'avons observé plus haut, l'organisation de ces manifestations n'a pas été spontanée. Au contraire, elle s'insérait dans un long processus de transformation du système de santé québécois. Pour comprendre davantage le sens de ces manifestations, examinons comment s'est déroulé le début de la mise en œuvre de réforme du système de santé dans la région de Québec, devant mener à la première phase de « transformation ».

4 Une réforme amorcée depuis 1990

La réforme du réseau de la santé est d'abord et avant tout une politique publique. À ce titre, elle demeure un objet d'observation privilégié des relations entre l'État et la société. Elle nécessite des négociations lors de son élaboration entre les partenaires de la scène politique et ceux de la société tels que les groupes, les associations, les corporations, les syndicats et le patronat (Boydell 1994 : 19-26). Puis, elle exige la participation de la population en partie ou dans son entier lors de sa mise en œuvre (Dion 1997). Ainsi, une politique publique constitue un objet privilégié sur lequel l'État et la société peuvent s'exprimer. La réforme du réseau des services de santé a suscité beaucoup de réactions dans la population et dans les groupes professionnels. Comme nous venons de le constater par les manifestations, les organisateurs et les manifestants auraient été déterminés à contrer la fermeture des hôpitaux Christ-Roi et Chauveau. Pour comprendre les interactions entre les éléments de la société et l'État, examinons comment s'est déroulée la mise en œuvre de la réforme de la santé dans la région de Québec entre les mois de décembre 1990 et août 1995.

Une petite histoire de la réforme

C'est en décembre 1990 que le ministre libéral de la Santé et des Services sociaux, Marc-Yvan Côté, lançait la réforme suggérée plus tôt par le rapport de la commission Rochon et le document « Orientations » du MSSS. En présence de nombreux directeurs d'hôpitaux, auxquels il présentait le livre blanc *Une Réforme axée sur le citoyen* proposant les nouvelles orientations générales du projet de loi 120 (Ministère de la Santé et des Services sociaux 1991 : iii), il avait organisé une petite réception dans sa circonscription électorale de

Charlesbourg. La loi devait être votée l'année suivante. La réorganisation du système de santé avait pour conséquence directe la transformation des conseils régionaux de la santé et de services sociaux (CRSSS) en régies régionales de santé et des services sociaux (RRSSS), ce qui constituait une forme de décentralisation de la prise de décision vers la population (Turgeon et Lemieux 1999 : 184-185). Initialement, les principales modifications concernaient la restitution aux milieux géographiques des budgets de l'assurance-maladie. En plus, les nouvelles mesures tendaient à exclure les médecins de la gestion des hôpitaux, notamment par la dissolution des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). La régionalisation de certains budgets de l'État remis aux régies régionales de santé et de services sociaux aurait eu pour conséquence une meilleure « distribution » des médecins dans les régions (Carsley 1995 : 12). C'étaient là les principaux paramètres du projet de *loi 120 sur les services de la santé et des services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*.

À l'annonce de ces mesures, les médecins réagirent vivement. Les quatre fédérations de médecins, les spécialistes, les omnipraticiens, les résidents et les étudiants se réunirent au Palais des congrès de Montréal au milieu du mois de mai 1991. Ils rejetèrent en bloc le projet de loi 120 et exhortèrent les membres des CRSSS à en faire autant (Lemieux 1991, *Le Soleil* : 17 mai). Treize jours plus tard, pour symboliser leur opposition catégorique, ils organisèrent une marche sur la colline parlementaire à Québec. Environ 4300 médecins manifestèrent en sarrau blanc, silencieusement, « sans slogan ni chanson » (Lemieux 1991, *Le Soleil* : 30 mai). Cette manifestation semble avoir été prise au sérieux, puisque le gouvernement rebroussa chemin sur certains paramètres du projet de loi.

En effet, au cours de l'été, les médecins et le gouvernement négocièrent intensément, si bien qu'à la fin du mois d'août, ils arrivèrent à une entente définissant les paramètres définitifs du texte de la loi 120 (Carsley 1995 : 12). Les médecins obtenaient le retrait des articles du projet de loi concernant la régionalisation de certains budgets du régime de l'assurance-maladie, limitant ainsi leur « dispersion » en région. De plus, ils conservaient une place dans les conseils d'administration des établissements hospitaliers. En contrepartie, le projet de loi

maintenait certaines mesures comme la limitation de leur participation aux conseils d'administration à un représentant de chaque commission médicale régionale (Carsley 1995a : 16).

Avec l'adoption de la loi 120, le 28 août 1991, le système de santé québécois prenait de nouvelles couleurs. Entre autres, la transformation prévue des CRSSS en RRSSS démocratisait dans une certaine mesure la gestion des ressources publiques vouées à la santé et aux services sociaux, par l'élection des vingt membres des conseils administratifs et exécutifs parmi les différents établissements, groupes communautaires, municipalités et organismes représentatifs des groupes socio-économiques (Carsley 1995a : 15). Par ailleurs, le ministre de la Santé se voyait confier le devoir de nommer les centres hospitaliers universitaires (CHU). La nomination des CHU devait se réaliser en 1992 afin de procéder à la réorganisation par région des soins et des services de santé. Et c'est à partir de ce moment que la mise en œuvre de la réforme de la santé se compliqua progressivement, des tentatives de nomination des centres hospitaliers universitaires jusqu'à la décision de réduire le nombre de lits dans la région de Québec le 21 juin 1995.

La nomination des centres hospitaliers universitaires n'a pas laissé les directeurs d'hôpitaux indifférents. Avant que toute décision soit prise, plusieurs s'étaient activés à mettre en valeur les atouts de leur hôpital afin de justifier leur nomination universitaire. L'enjeu était de taille, puisque la nomination de centre hospitalier universitaire représentait un prestige dans le monde médical et un sceau de qualité des services offerts (Vinay 1993, *Le Soleil* : 20 mai). D'abord, par le statut universitaire, un contrat était signé entre l'hôpital et l'université. Ce contrat établissait des heures d'enseignement et de recherche dans les hôpitaux. En contrepartie, l'hôpital recevait des subventions pour héberger les chercheurs et les étudiants. Ces subventions prenaient différentes formes, comme l'achat d'appareils sophistiqués et l'agrandissement de certains locaux. Puis, l'enseignement et la recherche étaient synonymes de renommée pour l'hôpital. Ils avaient souvent l'honneur d'attirer en leurs murs des personnalités du monde médical. D'ailleurs, la recherche alimentait la production de nouveautés au niveau des médicaments et des techniques. En acceptant ces contrats avec

l'université, les hôpitaux prenaient de la valeur dans le monde médical. Or, il y avait pour la région de Québec six hôpitaux ayant ce statut en 1991: le CHUL, l'hôpital Laval, l'Hôtel-Dieu, Saint-Sacrement, Saint-François d'Assise et l'hôpital de l'Enfant-Jésus. La loi 120 prévoyait réduire ce nombre à trois et le choix devait avoir lieu en 1992.

Le mouvement de transformation du système de santé dans la région de Québec débuta par le principal établissement universitaire, le CHUL. Dans la région de Québec, mandaté par le CRSSS de Québec, le groupe conseil de gestion et d'organisation (CGO) faisait état de la situation financière difficile du centre hospitalier (R.-Corrivault 1992, *Le Soleil* : 10 juillet). Le déficit de l'établissement s'élevait à plus de 18 millions de dollars. Son directeur démissionna, et pour remédier aux problèmes budgétaires, le ministre de la Santé mit le centre hospitalier sous tutelle pour 120 jours et nomma un directeur général pour en assainir les finances. Ces difficultés financières étaient tellement importantes qu'elles avaient généré un contentieux entre l'hôpital et le centre de recherche développé par le Dr Labrie (R.-Corrivault 1992, *Le Soleil* : 10 juillet). Le tuteur de l'établissement opta, comme première mesure de résorption du déficit, pour une réduction du nombre des lits disponibles, notamment pour les soins psychiatriques, espérant pouvoir reléguer aux autres hôpitaux les patients de ce genre en surplus.

Cependant, les hôpitaux refusèrent de prendre les patients en trop, prétextant qu'il fallait d'abord étudier le problème pour trouver des solutions. Un comité d'étude, dirigé par un médecin de l'Hôtel-Dieu, avait d'ailleurs été mis sur pied l'automne précédent pour se pencher sur la question (Lemieux 1992, *Le Soleil* : 15 octobre). Des pressions de la part de la Régie régionale, qui avait remplacé la CRSSS depuis le 1^{er} octobre de la même année, poussaient le tuteur à rouvrir ces lits, en échange de quoi les patients en trop seraient répartis en alternance dans les hôpitaux avoisinants (Lemieux 1992, *Le Soleil* : 15 octobre). Une semaine plus tard, le problème était résolu à la suite de négociations avec la Régie. Les hôpitaux acceptèrent de prendre les patients en trop du CHUL (Lemieux 1992, *Le Soleil* : 22 octobre). Mais ces mesures au niveau de la psychiatrie ne suffisaient pas à résorber l'imposant déficit de l'établissement.

Le tuteur du CHUL prit deux autres mesures pour atteindre un déficit zéro dans la gestion de l'établissement. Premièrement, en collaboration avec l'Université Laval, il chercha à réorganiser la recherche et l'enseignement en concentrant les étudiants et les chercheurs dans quelques hôpitaux, au lieu de les voir se disperser dans l'ensemble de la région. La première mesure visait à retirer à l'hôpital de l'Enfant-Jésus son titre de centre hospitalier universitaire. Deuxièmement, il cherchait à enlever au CHUL un de ses départements de recherche, ultra spécialisé, celui d'ophtalmologie (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 27 janvier). Le CHUL prévoyait atteindre l'équilibre budgétaire l'année suivante. Ces deux mesures allaient toutefois donner le ton aux échanges entre les hôpitaux de la région.

Le département d'ophtalmologie était perçu comme un « bijou » par la plupart des administrateurs d'hôpitaux, et plusieurs se montrèrent intéressés à se l'approprier. Se voyant menacé de perdre son statut universitaire, le directeur de l'hôpital de l'Enfant-Jésus étudia « sérieusement » la possibilité d'accueillir ce département (Lemieux 1993, *Le Soleil* 28 : janvier). Dans l'esprit des administrateurs, la prise en charge de ce département pourrait inciter l'Université Laval, directement liée au CHUL au niveau de l'enseignement et de la recherche, à revenir sur la décision de retirer à l'hôpital de l'Enfant-Jésus son titre de centre hospitalier universitaire (CHU). Mais comme l'acquisition du département nécessitait, pour des raisons d'espace et de budget le sacrifice d'un autre département, les médecins de l'hôpital de l'Enfant-Jésus se montrèrent plutôt réticents (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 29 janvier).

Trois semaines plus tard, les avis divergèrent, les actes aussi. Les ministres fédéral et provincial annoncèrent des investissements dans les centres de recherche de l'Enfant-Jésus et de l'Hôtel-Dieu (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 12 février). Ces investissements devaient permettre à la direction de l'Enfant-Jésus de concentrer le personnel de recherche en neurobiologie sous un même toit. Quant aux investissements à l'Hôtel-Dieu, ils étaient voués aux mêmes objectifs pour la cancérologie et la néphrologie (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 12

février). Mais d'après certains, les investissements en recherche à l'hôpital de l'Enfant-Jésus n'aideraient guère à la conservation du statut d'hôpital universitaire, puisque le problème résidait dans le fait que le « département de chirurgie générale n'est pas agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens » (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 12 février). L'absence d'unité d'enseignement au niveau de la chirurgie générale à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, aurait motivé la décision de l'Université Laval de lui retirer son statut universitaire (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 17 février). Cette contradiction entre les actes du ministre de la Santé et ceux de l'Université Laval laissait présager certaines tensions.

Une lettre écrite par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval au ministre de la Santé précisait que « si la loi donne au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir de nommer les CHU (centre hospitalier universitaire), elle n'oblige pas l'université à placer les étudiants... dans des milieux... requis par les besoins de formation » (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 17 février). Si le ministre doit désigner les CHU, rien n'empêche l'université de déterminer où elle placera ses étudiants. Résultat : après un an, la désignation des CHU par le ministre de la Santé Marc-Yvan Côté n'était pas encore faite. Voyant ses chances diminuées malgré les récents investissements en infrastructures, la direction de l'hôpital de l'Enfant-Jésus décida d'amener sa cause devant les tribunaux, prétextant une rupture de contrat (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 17 février). Le comité d'experts (CGO) nommé par le ministre de la Santé identifiait le CHUL, l'hôpital Saint-François d'Assise et de l'Enfant-Jésus comme principaux candidats au titre universitaire, alors que l'Université Laval optait plutôt en faveur du CHUL, de l'Hôtel-Dieu, de Saint-François d'Assise et de Saint-Sacrement.

Semblant accorder plus de sympathie à la nomination de l'hôpital de l'Enfant-Jésus au titre universitaire, le ministre de la Santé passa aux actes. Il commanda une étude de faisabilité du transfert du département d'ophtalmologie vers l'hôpital de l'Enfant-Jésus. Les directeurs de ce département, pourtant les premiers concernés, n'ont pas été consultés selon leurs propres dires (Laplante 1993, *Le Soleil* : 7 mars; Lemieux 1993, *Le Soleil* : 25 mars). Le mois suivant, les ophtalmologistes du département se concertèrent, rencontrèrent les

ophtalmologistes des autres hôpitaux et proposèrent la création d'un centre unique d'ophtalmologie ultra spécialisé pour la région. Par la fusion de tous les départements d'ophtalmologie en un seul, ils montrèrent que des économies pouvaient être réalisées au niveau des lits. Contrairement à ce que nous aurions pu imaginer, ils proposaient l'établissement de ce département nulle part ailleurs qu'au CHUL (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 1 avril)! Cette idée était bien vue également de la part des médecins du CHUL, qui votèrent à soixante-quinze contre deux pour l'installation de l'institut de l'œil dans leur établissement, dont le financement ne proviendrait pas des budgets de l'établissement hospitalier (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 14 avril).

Cependant, la liste des CHU proposée par le comité nommé par le gouvernement mettait l'Hôtel-Dieu et Saint-Sacrement à l'écart. La bataille allait s'effectuer entre ces deux hôpitaux et de l'Enfant-Jésus. Mais le ministre refusa de confirmer les noms. Constatant l'impasse de la situation et les difficultés auxquelles faisait face son collègue Marc-Yvan Côté, la ministre des Sciences et de l'Enseignement supérieur, Lucienne Robillard, proposa une solution : faire du CHUL et de Saint-François d'Assise un seul CHU, et de Saint-Sacrement, de l'Hôtel-Dieu, et de l'Enfant-Jésus trois centres hospitaliers associés (CHA) (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 7 avril). À ce moment, cette suite de tractations souleva des interrogations. Certains considéraient que le débat avait pris des proportions démesurées pour un sujet qui n'en méritait pas tant. Ils argumentaient que la disparition de certains CHU n'affecterait en rien la valeur du réseau, et que les centres hospitaliers sans dénomination universitaire n'en seraient pas moins performants. Les CHU coûtent cher à faire fonctionner, et ils ne sont pas appropriés pour tous (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 4 mai; Laplante 1993, *Le Soleil* : 23 mai).

Après un an de tutelle, au lieu des 120 jours prévus initialement, le tuteur du CHUL annonce que des économies ont été réalisées l'année précédente, et que la situation de l'établissement s'est nettement améliorée. Un surplus de 2,15 millions de dollars a été réalisé et les investissements pouvaient reprendre. Entre autres, la Régie accorda au CHUL la permission d'agrandir son centre de pédiatrie. Il prenait le relais des hôpitaux Jeffery Hale, Saint-

Sacrement et de Christ-Roi qui, pour leur part, venaient de se départir de ces départements. Mais, curieusement, le tuteur persistait toujours à dépareiller son établissement du département d'ophtalmologie. Estimant que ce département constituerait des dépenses trop grandes pour les capacités de l'établissement, le tuteur du CHUL demanda de nouveau à ce que le département d'ophtalmologie soit déplacé vers l'Enfant-Jésus (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 18 juin). De plus, de nouveaux arrangements allaient prendre place dans l'administration du CHUL. Le centre de recherche du Dr Fernand Labrie, rattaché au CHUL, serait désormais administré par une corporation autonome, étant donnée l'ampleur de son budget. En effet, ce centre de recherche sur la pathologie de la prostate, développé à partir d'un département, s'était agrandi au point où son budget dépassait de plus de cinquante pour cent celui du centre hospitalier. Cette corporation serait formée de médecins du CHUL, du Dr Labrie et de l'Université Laval (Lemieux 1993, *Le Soleil* : 8 juin). Mais l'impasse dans le choix des CHU persistait. À Québec, on savait que le CHUL et Saint-François d'Assise conserveraient leur titre. Restait à déterminer celui qui, entre Saint-Sacrement, l'Hôtel-Dieu et l'Enfant-Jésus, en hériterait.

Des rencontres eurent lieu entre les directeurs de Saint-François d'Assise et de l'Enfant-Jésus dans le but de négocier une intégration des deux établissements, permettant à l'Enfant-Jésus de conserver son statut universitaire. Ils vantaient les économies d'échelle qui résulteraient de ce regroupement. Le ministre Côté salua cette initiative (Paquet 1993, *Le Soleil* : 13 novembre). Cependant, le plan de fusion proposé ne faisait pas l'unanimité au sein du corps médical de Saint-François d'Assise. Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens refusait cette intégration, argumentant que les économies d'échelle prévues n'auraient pas lieu (Pelchat 1993, *Le Soleil* : 24 novembre). L'impasse persistait donc, et des élections provinciales approchaient à grands pas. Le ministre de la Santé affirmait qu'il ne procéderait pas à des fermetures d'hôpitaux pour réaliser des économies dans le réseau, car l'annonce de nouvelles compressions budgétaires dans le domaine de la santé laissait planer des doutes à ce sujet (Pelchat 1993, *Le Soleil* : 11 décembre).

Parallèlement, dans le respect de son mandat, la Régie régionale de Québec se lança dans une révision systématique des budgets des établissements hospitaliers afin d'effectuer au cours de l'année 1994 d'importantes compressions budgétaires, ce qui accrut l'inquiétude de certains directeurs d'hôpitaux (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 29 janvier). En février 1994, le ministre de la Santé, Marc-Yvan Côté se retira et céda son poste à Lucienne Robillard qui devint la nouvelle ministre de la Santé. Lors d'une assemblée spéciale à la Régie, des représentants du milieu hospitalier et communautaire acceptèrent les objectifs et les stratégies proposées par la Régie dans la mise en application des compressions budgétaires (Cousineau 1994, *Le Soleil* : 27 février). Un mois plus tard, la Régie choisissait le CHUL pour abriter le nouveau centre de santé publique, fusionnant les anciens départements de santé communautaire du CHUL, de Saint-Sacrement et de l'Enfant-Jésus (Samson 1994, *Le Soleil* : 25 mars). Enfin, plusieurs établissements tels que les centres hospitaliers Chauveau, Christ-Roi et Jeffery Hale montrèrent des réticences à effectuer les compressions budgétaires que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec leur imposait (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 17 mai).

Avec le début de fusion de certains départements, des contradictions apparurent. Les nouveaux locaux récemment construits à Saint-Sacrement n'étaient plus utiles, étant données les coupures budgétaires qui ne permettaient plus de les utiliser. Les dirigeants demandèrent une rencontre avec la nouvelle ministre de la Santé Lucienne Robillard à ce sujet (Fournier 1994, *Le Soleil* : 18 mai). Le centre Robert-Giffard annonçait le sacrifice du quart de son personnel cadre ainsi que la fermeture du pavillon Arthur-Vallée (Fortier 1994, *Le Soleil* : 3 mai). L'hôpital du Jeffery Hale effectua aussi des réductions de postes (Gagnon 1994, *Le Soleil* : 31 mai). La menace de la fermeture de certains hôpitaux refaisait surface si bien que la ministre de la Santé laissa entrevoir dans une déclaration, qu'il était possible que trois hôpitaux disparaissent au Québec. Cette déclaration a été sujet d'interrogations à l'Assemblée nationale, auxquelles la vice-première ministre du gouvernement libéral dut apporter un démenti. De leur côté, certains intervenants de l'hôpital Laval se montraient favorables à cette possibilité, alors que les directeurs des hôpitaux Christ-Roi et Jeffery Hale s'élevèrent contre (Gagnon 1994, *Le Soleil* : 11 juin). Dix jours plus tard, la Régie annonça la

fermeture de 444 lits pour l'ensemble des hôpitaux de la région de Québec (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 21 juin).

La Régie régionale poursuit avec vigueur son travail de rationalisation. Elle étudia plusieurs scénarios de fusion pendant le mois de juillet : la clinique Courchesnes, l'Hôtel-Dieu et Robert-Giffard; Saint-François d'Assise avec l'Enfant-Jésus; le CHUL avec l'hôpital Laval; Saint-Sacrement avec Jeffery Hale. Elle aborda la révision de l'orientation des hôpitaux Chauveau et Sainte-Anne-de-Beaupré (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 11 juillet). Sur demande des administrateurs, elle accepta de transformer l'hôpital Courchesnes en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Mais le problème des CHU persistait toujours. Le CGO, toujours en fonction, réunit tous les intervenants pour proposer une réduction des CHU de six à deux, et non plus de six à trois comme souhaité au départ. Les intervenants ne s'entendirent pas et les positions demeurèrent les mêmes : le CGO favorisait le CHUL, Saint-François d'Assise et l'Enfant-Jésus, alors que l'Université Laval proposait le CHUL, Saint-François d'Assise, l'Hôtel-Dieu et Saint-Sacrement (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 27 juillet). Dans le contexte de cette nouvelle impasse, la venue d'un candidat péquiste de renom raviva le débat.

Jean Rochon, auteur du rapport duquel la réforme en cours s'inspirait et candidat dans Charlesbourg, la circonscription du libéral Marc-Yvan Côté, « applaudit » les recommandations du CGO. Mais comme les élections approchaient, le CGO préféra alors laisser la décision aux directeurs des six hôpitaux de désigner eux-mêmes ceux qui conserveraient le statut universitaire. On fixa l'échéance au 17 octobre, après les élections, (Leduc 1994, *Le Soleil* : 28 juillet). Les péquistes remportèrent les élections du 12 septembre, et le candidat Jean Rochon se vit attribuer le ministère de la Santé. Dans ces conditions, l'Université Laval se fit plus radicale dans ses propositions au niveau de la désignation des CHU. Elle ne souhaitait non plus trois, ni deux, mais un seul CHU pour la région de Québec (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 21 septembre). On parlait alors de fusionner le CHUL, l'hôpital Laval et Saint-Sacrement (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 28 septembre). Constatant l'absence de Saint-François d'Assise dans le nouveau plan de l'Université Laval, le directeur de l'Enfant-

Jésus ne se prononça pas sur la fusion de l'établissement qu'il espérait avec ce dernier, convaincu que le personnel de cet hôpital reverrait sa position concernant une fusion avec l'Enfant-Jésus, si la proposition de l'Université Laval se concrétisait (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 28 septembre).

Le 19 octobre, deux jours après avoir entendu les propositions des hôpitaux, de la Faculté de médecine et de la Régie régionale, le CGO demande à l'Université Laval de proposer pour le 14 novembre deux plans concernant la désignation des CHU (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 19 octobre). On y alla par élimination. L'Université proposa deux plans évinçant d'emblée Saint-Sacrement, celui-ci ayant procédé à des rapprochements avec la direction de l'Enfant-Jésus. Le premier plan nommait le CHUL auquel seraient affiliés l'hôpital Laval et Saint-François d'Assise. L'Hôtel-Dieu devenait un hôpital universitaire affilié. Le second plan modifiait le premier en retenant l'Enfant-Jésus à la place de Saint-François d'Assise. Mais comme une hésitation subsistait, le nouveau ministre de la Santé demanda à l'Université Laval de faire le choix entre les deux plans avant la fin de l'année (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 15 novembre).

Pendant ce temps, les directeurs, les médecins, les infirmières et tous les employés de l'hôpital Saint-Sacrement, voyant leur établissement évincé des choix de l'Université Laval, firent front commun. Ils envoyèrent une pétition au ministre de la Santé, au ministre de l'Éducation et au recteur de l'Université Laval pour protester (Gagnon 1994, *Le Soleil* : 10 décembre). D'après leurs propos, le retrait de la recherche et de l'enseignement de leur institution signifiait la fin de l'établissement. La direction de Saint-Sacrement rencontra celle de l'Enfant-Jésus; il fut décidé d'intégrer résolument les deux établissements (Pelchat 1994, *Le Soleil* : 14 décembre). Ces mouvements laissaient entrevoir que l'Université Laval choisirait l'Hôtel-Dieu et Saint-François d'Assise de préférence à l'Enfant-Jésus. Le 16 décembre, le conseil de la Faculté de médecine de l'Université Laval arrêta son choix : Saint-François d'Assise et l'Hôtel-Dieu devront se fusionner au CHUL pour former un CHU. Saint-Sacrement et l'Enfant-Jésus deviendront des centres hospitaliers affiliés (CHA)

(Pelchat 1994, *Le Soleil* : 17 décembre). Quant à l'hôpital Laval, il deviendrait un institut universitaire.

Le 2 février 1995, le ministre Rochon désigna officiellement le CHU selon le plan établi par l'Université Laval. Le CHU sera formé du CHUL, de l'Hôtel-Dieu et de Saint-François d'Assise. Trois hôpitaux affiliés viendront s'y rattacher : l'Enfant-Jésus, Saint-Sacrement et l'Hôtel-Dieu de Lévis qui, étant sur la rive sud, avait été mis de côté lors des négociations (Marissal 1995, *Le Soleil* : 3 février). À partir de ce moment, les fermetures de lits pouvaient être entreprises. Et les menaces de fermetures d'hôpitaux réapparurent sous un angle plus inquiétant. Voyant l'ampleur des coupures budgétaires annoncées, même les hôpitaux désignés comme affiliés, Saint-Sacrement et l'Enfant-Jésus, se mirent à douter de leur survie. Ces doutes étaient encore plus vifs chez les employés des hôpitaux Christ-Roi et Chauveau, qui, tout au long de ces tractations, avaient été laissés en marge. Et c'est justement dans ces petits hôpitaux que la contestation des mois suivants s'avérera la plus vive. Le dépôt du budget du ministre des Finances, Jean Campeau, au mois de mai 1995, allait précipiter les changements depuis longtemps souhaités par l'ensemble du réseau de la santé.

Les fermetures de lits

Le vaste processus de transformation du réseau de la santé au Québec s'initia véritablement le 19 janvier 1995, alors que le ministre de la Santé et des Services sociaux Jean Rochon rencontrait pendant quatre heures les directeurs généraux et les présidents de conseils d'administration de l'ensemble des régies régionales du Québec. Il leur communiqua le plan d'action national pour les guider dans la mise en place des consultations et des paramètres de la prise de décision, notamment en leur demandant de soumettre une proposition pour le 15 avril concernant la transformation de leur territoire respectif (Normand 1995, *La Presse* : 20 janvier; Bernatchez 1995, *La Presse* : 26 mars). Il rappliqua le 13 avril suivant, en annonçant les grandes lignes des modifications qui seraient apportées au système de santé (Marissal 1995, *Le Soleil* : 14 avril). Un mois plus tard, au dépôt de son budget, le ministre des Finances Jean Campeau appuya la réforme entreprise par son collègue et demanda un effort

de la part de tous les acteurs du réseau pour réduire le déficit budgétaire à quatre milliards de dollars avant 1998 (Leduc 1995, *Le Soleil* : 10 mai). C'est à ce moment que les tensions montèrent à l'Assemblée nationale.

Au dépôt du budget, le député Marsan annonça, utilisant des « informations privilégiées », que sept hôpitaux de la région de Montréal fermeraient. La panique s'empara des milieux hospitaliers (Clément 1995, *La Presse* : 11 mai). Mais pire que ce qui était prédit, le surlendemain, la Régie régionale de Montréal annonça que ce serait non pas sept, mais neuf hôpitaux qui fermeraient leurs portes (Clément 1995, *La Presse* : 12 mai). La nervosité se répandit à l'extérieur de la région montréalaise. Elle atteint le personnel de l'hôpital Christ-Roi dans la région de Québec qui, se sentant vulnérable, fit circuler une pétition contre la fermeture de l'établissement (Lachance 1995, *Le Soleil* : 13 mai). À Montréal, la présidente de la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec demanda un moratoire de deux mois concernant les fermetures d'hôpitaux (P.C. 1995, *La Presse* : 13 mai).

Sentant monter l'opposition à la réforme, le premier ministre Parizeau apporta son soutien publiquement à Jean Rochon (Venne 1995, *Le Devoir* : 17 mai). Or, comme la situation des établissements hospitaliers non universitaires semblait compromise, leurs directeurs demandèrent au premier ministre d'étaler sur cinq ans les transformations du réseau (Paré 1995, *Le Devoir* : 18 mai). De plus, le chef de l'opposition libérale, Daniel Johnson, accusa le gouvernement de vouloir détruire le système de santé, pendant que le directeur de l'hôpital Robert-Giffard lança un « cri d'alarme » au ministre Rochon (Dubuc 1995, *La Presse* : 23 mai; Samson 1995, *Le Soleil* : 29 mai). Le lendemain, le député de l'Opposition chargé du dossier de la santé récidiva. Il prédit la fermeture des hôpitaux Christ-Roi et Chauveau ainsi que la transformation de l'hôpital Saint-Sacrement en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) dans la région de Québec. Le député Brouillette se porta alors à la défense de l'hôpital Chauveau tandis que la députée Barbeau préféra attendre la fin des consultations de la Régie pour se prononcer (Leduc 1995, *Le Soleil* : 31 mai).

La manifestation à Christ-Roi eut lieu. Dans la même soirée, les débats au sujet de l'adoption de principe du projet de loi 83 se firent houleux et se terminèrent tard dans la nuit à l'Assemblée nationale (Normand 1995, *La Presse* : 2 juin). En Chambre, une semaine plus tard, le ministre Rochon avouait avoir passé une commande aux Régies régionales en octobre et novembre 1994 (P.C. 1995, *Le Devoir* : 7 juin). Le lendemain, la contestation refit surface. La manifestation à Chauveau eut lieu en même temps que d'autres à Montréal, notamment à l'hôpital Saint-Michel, Saint-Laurent et Catherine-Booth (P.C. 1995, *La Presse* : 8 juin). La pression sur le gouvernement fut à ce moment à son plus fort. Exaspéré, le ministre Rochon sortit de ses gonds contre les directeurs d'hôpitaux, notamment celui de l'hôpital Saint-Laurent se promettant « bien d'aller dire sa façon de penser à l'administration de cet hôpital » (Leduc 1995, *Le Soleil* : 9 juin). La riposte ne se fit pas attendre. Le président de l'Association des hôpitaux du Québec, choqué de la sortie du ministre Rochon, demanda à le rencontrer. « Il y a confusion entre la transformation du réseau et les compressions budgétaires » dit-il, en avouant ne pas comprendre les objectifs du ministre (Lemieux 1995, *Le Soleil* : 10 juin).

À ce moment les forces d'opposition s'écroulèrent. Après la rencontre obtenue avec le ministre de la Santé l'après-midi même, l'Association des hôpitaux du Québec appuya sans réserve la réforme Rochon (Paquin 1995, *La Presse* : 10 juin). Les directeurs d'hôpitaux cessèrent de résister à la mise en œuvre de la réforme. Mais les plans des régies régionales n'étaient toujours pas décidés. Il restait quelques espoirs à la protestation. Le lendemain, la Coalition montréalaise pour la survie des programmes sociaux prit timidement la relève en demandant un moratoire sur les changements dans le réseau hospitalier (P.C. 1995, *Le Soleil* : 12 juin). Certains syndicats s'activèrent également. Quelque 2000 personnes dirigées par la CSN se rendirent aux audiences de la Régie de Montréal (Myles 1995, *Le Devoir* : 13 juin). L'Association des hôpitaux du Québec continua ses démarches auprès du ministre Rochon, mais cette fois-ci pour des motifs plus précis. Ils s'entendirent notamment sur la retraite prématurée de certains directeurs généraux (Lemieux 1995, *Le Soleil* : 14 juin).

Les protestataires poursuivirent leurs actions. À Montréal, une alliance d'hôpitaux suggéra de fermer deux hôpitaux universitaires pour laisser fonctionner les petits hôpitaux. Mais le président de la conférence montréalaise de l'Association des hôpitaux rejeta catégoriquement l'idée (Paré 1995, *Le Devoir* : 14 juin). Dans la région de Québec, le mouvement d'opposition perdit de sa force considérablement, puisque dans un retournement de situation, la Régie régionale laissa entendre qu'il n'y aurait aucune fermeture d'hôpital sur son territoire. Les trois hôpitaux visés seraient convertis en centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) (Samson 1995, *Le Soleil* : 15 juin). À cette occasion, les gens du Jeffery Hale prirent connaissance de ce qu'ils ignoraient jusqu'alors. Leur hôpital avait été objet de fermeture, et serait épargné (P.C. 1995, *Le Soleil* : 16 juin). Du coup, le maire de Montréal demanda le même traitement pour les hôpitaux sur son territoire. Le président de la Régie montréalaise lui répondit que les deux situations sont différentes et que la Régie régionale ne pouvait pas servir le même traitement à la région de Montréal (Léger 1995, *La Presse* : 16 juin).

À Québec, les changements semblaient acceptés, depuis l'annonce du maintien de l'urgence à Chauveau et de la clinique externe à Christ-Roi. Huit directeurs d'établissement incluant des CLSC, la Faculté de médecine de l'Université Laval ainsi qu'un hôpital de courte durée se prononcèrent en faveur des décisions prises par la Régie (Lemieux 1995, *Le Soleil* : 21 juin). Le lendemain, le projet de loi 83 fut adopté (P.C. 1995, *Le Soleil* : 22 juin). À son tour, la Régie de Montréal décida à huis clos du plan à adopter (Paré 1995, *Le Devoir* : 27 juin). Le vent de contestation s'éteignit définitivement au début de l'été. Dans les journaux, cinquante signataires se portèrent à la défense de la réforme de la santé (Allard, Pierre *et al.* 1995, *La Presse* : 5 juillet). Le ministre Rochon marqua le début de la transformation proprement dite en approuvant les décisions des Régies régionales de Québec et Montréal (Lemieux 1995, *Le Soleil* : 14 juillet). Les avis de fermeture des hôpitaux à Montréal furent publiés dans la Gazette officielle du Québec le 5 août (Léger 1995, *La Presse* : 11 août).

Les acteurs

Les événements entre la parution du livre blanc en décembre 1990 et le vote du projet de loi 83 en juin 1995 semblent se diviser en deux phases départagées par l'élection remportée par le Parti québécois en septembre 1994. Dans la première, les hôpitaux se disputent le statut d'établissement universitaire. Mais progressivement, la question des compressions budgétaires se pointe pour occuper toute la place dans les débats après l'élection provinciale (Demers, Dumas et Bégin 1999 : 195). Une analyse de ces événements à la lumière des entrevues réalisées auprès des acteurs concernés nous permet de comprendre davantage le jeu politique dans lequel les deux manifestations que nous avons soumises à l'étude s'inscrivent.

De nombreux acteurs sont présents du début de la réforme jusqu'à la fin des protestations. Cependant, ils n'interviennent pas tous au même moment. Certains sont sollicités davantage au début alors que d'autres ne se pointent à l'horizon qu'au tout dernier moment. D'abord, les médecins ont été les premiers acteurs en scène avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et son ministre. Ils n'avaient pas été invités à la réception marquant la parution du livre blanc, lançant la réforme proprement dite. Une première confrontation devait avoir lieu cinq mois tard entre ces deux acteurs, marquée par une marche devant le Parlement. Puis, une fois les négociations terminées, qui aboutissent au vote de la loi 120, ce sont les directeurs d'hôpitaux qui montent sur la scène. Mais les directeurs d'hôpitaux sont impliqués à divers niveaux.

Les directeurs du CHUL et de Saint-François d'Assise semblaient assurés de conserver le statut universitaire de leur établissement dès le départ. Ce sont plutôt les directions de l'Enfant-Jésus, de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Sacrement qui se sentaient menacées de le perdre. Ces derniers ont été le centre de tractations les plus diverses, puisque l'enjeu du statut universitaire créait une compétition entre eux. Enfin, les hôpitaux tels que Jeffery Hale, Courchesnes, Robert-Giffard, Christ-Roi et Chauveau demeuraient plus ou moins en marge de ces tractations, puisqu'ils ne parvenaient pas de prime abord à prétendre sérieusement à la

désignation tant convoitée. Il faut attendre le début de 1995 pour constater une activité plus intense de la part de ces derniers.

Les hôpitaux au début de la réforme n'avaient pas tous le même poids au niveau des activités dans le réseau de la santé de la région de Québec et leurs modes de gestion divergeaient (Demers, Dumas et Bégin 1999 : 195-228). L'hôpital le plus important dans la région de Québec, semble-t-il, était le CHUL. Il avait été créé en partie par l'Université Laval, qui reprenait pour la somme symbolique d'un dollar au gouvernement fédéral, l'hôpital des Vétérans. On y fit dès lors de la recherche et de l'enseignement. Avec les années, le centre s'est agrandi, si bien qu'il nécessita comme nous l'avons observé, un assainissement de ses budgets. Le CHUL avait un titre universitaire difficilement révocable en raison des liens tissés avec la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Puis, l'hôpital Saint-François d'Assise semblait occuper une place importante au niveau de l'enseignement et de la recherche, et son statut universitaire a été très peu mis en cause. D'ailleurs, les réactions de ses administrateurs montrent une certaine confiance à la conservation de ce titre. Ils ne répondirent pas aux demandes de fusion que lui fit l'administration de l'Enfant-Jésus, ni à celles que lui firent également les administrateurs de Christ-Roi. La situation est davantage problématique pour les hôpitaux Saint-Sacrement, de l'Enfant-Jésus et de l'Hôtel-Dieu.

À l'Hôtel-Dieu, les directeurs ne semblaient pas tout à fait sûrs de conserver le statut universitaire de l'établissement, et ils négocièrent avec prudence. L'établissement figurait dans les plans de l'Université Laval, mais pas dans ceux du ministère. Comme une tension existait entre l'Université et le ministère à ce sujet, ils ont montré une certaine confiance à conserver leur titre. Ils ont reçu les directeurs de Saint-Sacrement et de Christ-Roi qui leur proposaient des fusions. Les rencontres avaient souvent lieu la nuit, et se terminaient aux petites heures du matin. Mais ces tentatives ont échoué.

Dans le cas de l'Enfant-Jésus, la situation était plus ambiguë. L'hôpital figurait dans les plans du ministère, mais pas dans ceux de la Faculté de médecine. Il semble que le contentieux entre cet hôpital et l'Université Laval dans le bris du contrat concernant les étudiants ait aliéné toute possibilité de négociation avec le CHUL qui dépendait directement de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Enfin, la direction de l'hôpital Saint-Sacrement, le plus petit des trois mêlés aux tractations, tentait de s'affilier avec un hôpital qui conserverait son titre. Notamment, elle tentait de se rapprocher de l'Hôtel-Dieu. Mais ce dernier refusait. Elle tentait également de se fusionner avec le CHUL, mais l'hôpital Laval s'est immiscé, et le projet échoua. Saint-Sacrement a été intégré à l'hôpital l'Enfant-Jésus, plus grand, suite à la décision du ministre, qui faisait alors siens les plans de l'Université Laval en février 1995.

Les hôpitaux Christ-Roi, Chauveau, Courchesnes et Jeffery Hale sont demeurés en marge de la course au titre universitaire, puisqu'au départ, ils n'avaient pas le titre. Seul l'hôpital Christ-Roi semble avoir tenté d'entrer dans la compétition en proposant des plans de fusion aux hôpitaux Saint-François d'Assise et l'Hôtel-Dieu. Prévoyant les prochaines fermetures de lits et considérant la taille de l'hôpital, ses administrateurs et directeurs auraient probablement tenté de se rattacher aux hôpitaux ayant les meilleures chances de conserver le titre universitaire. Mais ces tentatives ont échoué également, et l'hôpital est demeuré en marge de cette réorganisation.

Dans le cas de Chauveau, il semble que les administrateurs et les directeurs aient misé sur la situation géographique particulière de l'hôpital, considérant qu'il serait peu probable qu'on le ferme pour cette raison. D'ailleurs, la population n'a jamais cru dans la fermeture de l'hôpital, jusqu'à ce que la menace soit tout près. Quant aux hôpitaux Courchesnes et Jeffery Hale, les jeux semblaient joués d'avance. L'administration de Courchesnes a devancé les décisions du ministre et de la Régie en votant de son propre gré la transformation de l'établissement en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Par contre, au Jeffery Hale, on a fait valoir que cet établissement représentait pour la communauté anglophone de Québec au ministre. Mais sans même avoir été mis au courant de la possible

fermeture de leur établissement, les administrateurs apprirent seulement au dernier moment que leur établissement était épargné de la fermeture.

Les dix hôpitaux de la région de Québec formaient un ensemble politique articulé autour de la recherche et de l'enseignement universitaire. Il semble que ce domaine d'activité dans les hôpitaux hiérarchise en partie les différents établissements entre eux. Nous pouvons discerner trois niveaux d'autorité entre eux. Ces niveaux s'établiraient selon les liens professionnels qu'ils entretiennent avec les chercheurs et l'enseignement (Moran et Wood 1993 : 16-33). Dans une certaine mesure, la Faculté de médecine de l'Université Laval représentait une autorité majeure dans cet ensemble. D'ailleurs, ces distinctions proviennent des arrangements entre les directeurs d'établissement, mais également des disparités dans la profession médicale. Comme la recherche et l'enseignement médical semblent déterminer l'importance des établissements dans la région de Québec, les médecins spécialistes seraient davantage courtisés que les omnipraticiens. Notamment, l'hôpital Christ-Roi aurait vu le jour suite aux désirs de quelques médecins omnipraticiens exclus des autres hôpitaux vers la fin des années soixante. Ce n'est qu'à l'annonce de la fermeture de 600 lits dans la région de Québec que les directions des hôpitaux Courchesnes, Jeffery Hale, Christ-Roi et Chauveau sont montés sur scène. Nous pouvons comprendre qu'ils aient organisé des manifestations, puisqu'ils n'avaient presque aucun autre recours pour défendre leurs intérêts. Ils ne pouvaient pas compter sur les hôpitaux de plus grande importance, puisque leur fermeture favorisait ces derniers.

Cependant, la prédominance de certains hôpitaux sur d'autres ne revient pas seulement aux administrateurs et aux directeurs. Comme l'enjeu se situait au niveau de la recherche et de l'enseignement, les divers corps de spécialistes se courtisèrent. Certains engagèrent des lobbyistes afin de trouver la meilleure solution possible. D'autres se rendirent visite très souvent la nuit, dans le but d'attirer des spécialistes dans leur établissement. Ces va-et-vient ne respectaient pas nécessairement les désirs des directeurs d'hôpitaux. Mais ils avaient de lourdes conséquences. Le déménagement d'une spécialité est une affaire complexe. L'établissement qui comptait accueillir le département d'un autre établissement devait

préparer le terrain. D'abord, une spécialité nécessite un investissement important au niveau de la technique. Il faut des laboratoires, du matériel et de l'espace suffisant. De plus, une spécialité ne se limite pas aux spécialistes eux-mêmes. Ces derniers ont besoin du support d'infirmières et de techniciens de toutes sortes pour pouvoir exercer leur spécialité. Dans cette optique, l'établissement qui accueille une nouvelle spécialité doit fournir un effort financier, mais en plus, il doit permettre à toute une équipe de s'installer dans les lieux et utiliser les instruments appartenant à d'autres équipes (Korman et Glennerster 1985; Bégin 1984). C'est pour ces raisons que les directeurs d'hôpitaux demeurèrent d'une certaine façon à la remorque des spécialistes, qui devaient déterminer, en concertation avec la Faculté de médecine, la composition du CHU. Compte tenu que la Faculté de médecine a joué un rôle déterminant, certains spécialistes eurent davantage de crédibilité que d'autres. D'où la nécessité de se courtiser. Et il semble que ces spécialistes ne faisaient pas que se courtiser, ils s'affrontaient aussi par des voies plus directes.

La présence des partis politiques dans ces tractations demeure difficile à percevoir. Certains parlent d'influence partisane, alors que d'autres informateurs n'en ont pas noté la présence. Cependant, nous pouvons penser que la grande stratégie dans la désignation du CHU et dans la fermeture des lits se faisait au niveau de la Régie régionale, puisque celle-ci permettait aux différents groupes d'intérêt et professionnels de participer à l'élection de l'assemblée générale des régies, et de présenter des arguments aux assemblées mensuelles. Par conséquent, il nous est permis de croire que certaines personnes élues aux différents conseils d'administration de la Régie étaient d'une part des experts par rapport aux intérêts qu'ils défendaient, et d'autre part, que ces experts étaient liés à des groupes d'intérêt, des corporations, des syndicats et des partis politiques (Fisher 1990 : 341-354). De plus, nous pouvons penser que certaines pressions ont été exercées à des moments stratégiques, notamment lors des discussions publiques que tenait la Régie et aux rencontres à huis clos. D'ailleurs, la Régie régionale de Québec ne fonctionne pas d'une façon tout à fait autonome. Elle doit produire un rapport annuel une fois l'an au ministre de la Santé en plus de devoir tenir ces assemblées publiquement (Turgeon et Lemieux 1999 : 195). Certaines personnes

non élues occupent des postes d'importance au niveau de la Régie régionale, en exerçant un rôle de relais entre la Régie et le ministère.

Rares sont ceux qui semblent au fait que des cadres supérieurs à l'interne ont un poids énorme puisqu'ils constituent un comité de régie (ou de direction) qui reçoit tous les documents préparés par les permanents de l'organisation un mois avant qu'ils ne soient soumis au CA. Ils discutent des propositions et font des modifications ou des recommandations qui sont acheminées aux membres du CA, qui délibèrent à leur tour avant de prendre une décision. Ce comité n'apparaît pas dans l'organigramme (Couillard et Côté 1997 : 89).

Le rôle des partis politiques n'aurait pas été aussi important que nous pourrions le croire, mais des alliances informelles entre médecins, administrateurs et fonctionnaires semblent avoir pris un pas déterminant dans les résultats de la configuration du réseau dans la région de Québec quant aux désignations universitaires et aux fermetures de lits. Les médecins spécialistes, divisés entre la Faculté de médecine, les partis politiques et la Régie régionale, auraient joué un rôle déterminant dans la configuration du système de santé dans la région de Québec. Les difficultés que le ministre libéral Côté connut avec certains médecins et la Faculté de médecine provenaient en partie de l'allégeance politique de l'un et l'autre, mais encore plus de la configuration des réseaux de contacts entre les différents intervenants. Proposant des plans différents au sujet de la désignation des CHU, le ministre de la Santé et les médecins spécialistes ont maintenu un statu quo jusqu'à ce que le parti de l'Opposition prenne le pouvoir. Les ministres libéraux successifs n'ont pas laissé la Faculté de médecine déterminer le choix des CHU, alors que le ministre péquiste demanda explicitement au doyen de la Faculté de les désigner. Après quoi, le ministre ratifia la décision.

Il nous est permis de penser que cet ensemble de réseaux de contacts ne s'est pas formé d'une façon ad hoc au début de la mise en œuvre de la réforme dans la région de Québec. Les liens tissés entre les différents acteurs existaient déjà auparavant et se sont forgés tout au long de l'évolution du réseau. Bien qu'il semble au premier abord anarchique, cet ensemble

présente une dynamique. Pour en comprendre le sens, nous recourons à l'analyse des normes et des symboles politiques dont nous ont fait part nos informateurs lors des entrevues.

5 Normes et symboles, acteurs et enjeux

Nous avons constaté comment les acteurs du monde de la santé se sont activés au sujet de la réorganisation de leurs activités. Nous avons également pu apprécier une certaine distance entre les intentions des ministres et celles des principaux acteurs du réseau. En premier lieu, nous retrouvons les médecins spécialistes qui, divisés entre eux, s'allient aux partis politiques, à la Faculté de médecine et à la Régie régionale pour désigner le CHU. Leur présence dans les hôpitaux détermine en partie le rang de chacun des hôpitaux au moment des compressions budgétaires. Dans l'ordre, nous retrouvons le CHUL, Saint-François d'Assise et l'hôpital Laval. Puis, nous retrouvons l'Hôtel-Dieu. Au troisième rang se placent Saint-Sacrement et l'Enfant-Jésus. Quant à Jeffery Hale, Courchesnes, Christ-Roi et Chauveau, ils occupent le dernier rang. Ces derniers ont été les plus menacés de fermeture. D'ailleurs, les médecins y pratiquant entretiennent peu d'espoir de maintenir ouvertes à long terme les urgences et les cliniques externes au Jeffery Hale, à Christ-Roi et à Chauveau. Certains médecins spécialistes auraient eu alors une grande autorité dans l'organisation politique des soins de santé dans la région de Québec, alors qu'un bon nombre d'omnipraticiens auraient eu à contester cette autorité. L'étude des normes et des symboles politiques nous permet d'identifier avec plus de clarté les relations souhaitées et vécues par les acteurs des manifestations et de la transformation du réseau de la santé. L'analyse de ces perceptions entre le vécu et le souhaité nous permet de comprendre l'ordre politique parmi les différents acteurs.

Les normes

La réforme du système de la santé au Québec, depuis la mise en place de la commission Rochon, a été suscitée par un besoin profond de changements dans les pratiques et dans les mentalités à l'intérieur du système de santé québécois⁴. Tout le monde s'entendait pour dire que les urgences ne suffisaient plus, et que les ressources étaient mal utilisées. Ces constatations provenaient du fait qu'on analysait le réseau sous l'angle d'une gestion rationnelle des soins et des services de santé⁵. On élaborait un système de santé idéal, selon les besoins que l'on constatait dans la pratique. Cette nécessité s'est manifestée dans une réforme proposant des changements en profondeur des pratiques médicales. La rationalisation de la gestion appelait également d'autres normes.

Entre autres, elle référerait à certaines nécessités dans le comportement des acteurs. Pour qu'il y ait une rationalisation, il semblait également nécessaire que la gestion soit contrôlée⁶. De plus, il semblait tout aussi nécessaire que les acteurs prévoient, planifient les décisions et les actions qu'ils poseront⁷. Il y avait nécessité que le réseau devienne davantage efficace⁸. Cependant, les changements qu'on s'apprêtait à faire pouvaient aller à l'encontre de normes pas moins importantes.

⁴ « Pas dans les décisions fondamentales, parce que il y avait une nécessité de faire une réforme. On peut très bien discuter sur les parties de la réforme, on aurait pu faire comme ci, comme ça, mais sur tous les objectifs, le mot de la réforme, il y avait un certain consensus, il y avait une entente ».

⁵ « Parce qu'on ne pouvait plus continuer comme ça, à cause des coûts astronomiques que représente le système et de l'inefficacité du système, ne l'oublions pas, et les besoins grandissants et qu'on n'a pas beaucoup d'argent ». cf. Annexe C *Rationalisation* p. 102.

⁶ « Il faut s'assurer nous autres que les services sont rendus, et qu'ils sont toujours disponibles ». cf. Annexe C *Contrôle*, p. 101.

⁷ « Il fallait prévoir et faire en sorte d'être un support aussi pour les membres dans le temps ». cf. Annexe C *Planification* p. 102.

⁸ « Ça demeurerait un peu un vœu pieux dans le sens où on voudrait bien que ça change, on voudrait bien que ce soit plus efficace ». cf. Annexe C *Efficacité* p. 101.

La protection et l'épanouissement de la santé collective, que semblait garantir le réseau de la santé, étaient également un principe incontestable pour l'ensemble des acteurs⁹. Cependant, cette règle contredisait d'une certaine façon la nécessité de rationaliser ce réseau dans la mesure où la défense du système de santé signifiait la protection des emplois et des salaires de plusieurs personnes et que la rationalisation comptait imposer des réductions de postes par des coupures budgétaires. Dès lors, les débats devinrent virulents, notamment en vue de décisions. D'un côté, on évoquait la nécessité démocratique de rendre l'information accessible, de favoriser la concertation et le consensus¹⁰, et de laisser la chance à chacun de défendre ses intérêts. De l'autre, on évoquait la nécessité de prendre des décisions, de faire des choix, d'innover afin d'imposer des coupures budgétaires¹¹.

L'ensemble politique auquel nous nous intéressons s'oriente en fonction d'une norme absolue : la protection et l'épanouissement du bien-être de la collectivité. Cependant, la poursuite de cette finalité ne relève pas d'actions individuelles. Le système de santé est directement objet de décisions publiques. La poursuite de cet objectif exige une rationalisation de la gestion des pratiques médicales de sorte que soient prises les meilleures décisions possibles. Elle exige aussi le respect de certains principes démocratiques : les débats doivent être menés publiquement et ouvertement, toutes les parties doivent être entendues et la décision doit être éclairée à la lumière des argumentations présentées. Et c'est précisément autour de cette décision à prendre que différentes conceptions de l'ordre politique idéal s'affrontent.

D'abord, ces conceptions différentes se manifestent dans la définition des soins de santé à offrir, des priorités et de l'accessibilité. Puis, elles se confrontent plus intensément dans l'organisation du travail, dans l'articulation des professions et des spécialités. La

⁹ « Les services de santé, il n'y en a jamais trop ». cf. Annexe C *Services* p. 103.

¹⁰ « ce qu'on lui enlevait pour le donner à quelqu'un d'autre au lieu de créer je dirais une concertation autour de ça ». « C'est ça qui était important. Qu'il y ait un fort consensus sur cette réforme-là ». cf. Annexe C *Concertation et Consensus* p. 103.

¹¹ « Mais de toute façon, tout le monde accepte, qu'il faut qu'il y ait une décision de prise. Ça prend quelqu'un qui décide ». « Laissez-les faire leur choix. ». « Ça manque aussi beaucoup de, justement d'innovation ». « Ici,

rationalisation des soins de santé et des services sociaux fait se confronter non seulement la définition proprement dite des soins, mais également des « visions » que les acteurs confrontent, parfois de façon violente. Pour les personnes interviewées, les soins de santé ne se limitent pas à la dimension curative. Ils débordent même le domaine de la santé. Le réseau de la santé renvoie au bien-être de l'ensemble de la société. C'est ce que d'ailleurs nous avons révélé Farley, Keel et Limoges sur les pratiques d'influence au début de l'administration des services de santé à Montréal. La protection et l'épanouissement du bien-être de la collectivité assure aussi l'épanouissement individuel.

Les relations souhaitées de la part de nos informateurs pourraient se synthétiser en ces termes. Le maintien et la promotion du bien-être de la communauté sont les nécessités premières. Pour y parvenir, l'organisation du travail doit se faire d'une façon rationnelle. Par ailleurs, les acteurs doivent pouvoir présenter leurs points de vue et les défendre ouvertement. Puis, la décision doit se faire par des personnes autorisées. Néanmoins, elles doivent tenir compte des différents points de vue, et d'après les objectifs fixés, elles doivent prendre une décision qui soit transparente, c'est-à-dire qu'elle doit être publiée et les arguments justifiant la décision doivent être respectés. Ces intentions se retrouvaient dans le projet de loi 120 au départ, lequel allait même jusqu'à décentraliser les budgets vers les régies régionales. Les conseils d'administration et exécutif devaient être constitués de personnalités provenant du milieu dans lequel la Régie est implantée. Ce rapprochement de la population traduisait une vision idéale : faire en sorte que la prise de décision au niveau de la gestion des ressources de santé soit ouverte, accessible, et transparente à la population, favorisant ainsi leur participation. Puisque ce sont les citoyens qui ont besoin des services de santé, il est légitime que la décision concernant ces soins leur revienne.

Cet ordre politique souhaité dans lequel la protection et l'épanouissement de l'individu est la norme absolue, se rapproche des définitions que les personnes interviewées ont exprimées au sujet de la démocratie, ou de la démocratisation des soins de santé. On la conçoit comme le

en tous les cas au Québec, dans le système de santé, il y a une coupure à faire. C'est rendu exorbitant ». cf. Annexe C *Décision, Choix, Innovation, et Coupures budgétaires* p. 102-103.

droit et la responsabilité d'émettre des opinions et d'espérer être entendu, afin que chacun puisse faire valoir ses besoins et ses intérêts. On mentionne par ailleurs que la démocratie est une sorte de foi, une confiance entre l'élu et le citoyen. Cette définition se rapproche intimement de l'ordre politique souhaité, tel qu'il a été exprimé. Elle dicte la façon d'organiser la production des soins de santé. Cependant, la lecture des relations vécues que nous avons faite des manifestations et de la mise en œuvre de la réforme jusqu'en 1995 était bien différente.

Les symboles

Les métaphores relatées se divisent en deux groupes. Il y a celles référant à des personnes et celles décrivant plutôt des relations. Chacun de ces deux groupes rappelle l'autre dans une multitude d'images. Nous avons retenu les plus importantes afin de découvrir ce que symbolisent ces personnes et ces relations pour les acteurs concernant notre objet de recherche.

L'hôpital

L'hôpital est l'objet du plus grand nombre de métaphores¹². Il désigne un bâtiment certes, mais il représente aussi un groupe d'individus. Dans les entrevues, on le compare à une famille, à une petite maison intime, on fait de l'hôpital une sorte de panacée, un petit empire, une chasse gardée, un château fort, un royaume. On le compare aussi à une boutique et à une usine. Par la famille et la petite maison intime, l'hôpital devient symbole d'intimité. Par la panacée et le château fort, on attribue à l'hôpital le symbole de sécurité protégeant les patients de la maladie et les intérêts des divers praticiens. Par l'expression du petit empire, du royaume et de la chasse gardée, il devient un symbole de conflit découlant de prétentions et

¹² « Et puis on n'est pas perdu dans l'hôpital, on sait où est la cafétéria, et l'on sait où est la radiologie, puis on a juste à monter au premier, on va descendre au sous-sol pour se faire prendre des prélèvements, ça devient une petite maison intime. Entre guillemets, l'intimité est là ». cf. Annexe D *Hôpital* p. 105-106.

de jalousies. Mais lorsqu'on le compare à la petite boutique et à l'usine, il prend plutôt le symbole de production et de « marchandisation » des soins et des services de santé. L'hôpital renferme alors les symboles d'intimité, de sécurité, de conflit, de production et de marchandage.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux

Un deuxième établissement est également sujet à comparaison. La Régie de la santé et des services sociaux de Québec est comparée à un instrument politique, aux bras du ministère, à l'écho du ministère, ainsi qu'à un « exécutoire final » et à une patate chaude¹³. Lorsqu'on la compare à un instrument politique, aux bras et à l'écho du ministère, elle devient un symbole de contrôle. En lui attribuant les qualités d'un « exécutoire final » et d'une patate chaude, elle devient alors symbole de conflit. Ainsi, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec est principalement un symbole de contrôle et de conflit.

Les médecins

Les médecins ont été particulièrement la cible de métaphores lors des entrevues¹⁴. Perçu individuellement, le médecin est comparé à un « chum », à un curé et à un dieu. Par ces expressions, il symboliserait le pouvoir. Puis, conçus comme un groupe, les médecins sont vus comme un clan, un mur de ciment et une forteresse. Ils prennent alors les qualités des privilèges, de l'étanchéité et de la solidité des relations. Les médecins empruntent le symbole de la caste. Ils sont également symbole de productivité lorsqu'on les compare à une business. Ainsi, les médecins sont des symboles de pouvoir, de caste, et de productivité.

¹³ « Parce que dans le contexte où c'est arrivé, ils [les membres de la Régie] n'avaient pas les moyens de faire autrement, mais je dirais qu'ils n'ont pas été à la hauteur là-dedans, ce qui fait qu'ils ont été utilisés pour faire des choses très concrètes. Ça comme été les bras du ministre pour dire : « on va faire telle et telle action » ». cf. Annexe D *La Régie régionale* p.106-107.

¹⁴ « Je connais l'infirmière et le docteur untel, c'est quasiment mon chum, et ça fait tellement d'années ». cf. Annexe D *Les médecins* p. 107.

Les ministres de la Santé

On fait peu mention du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par contre, deux ministres touchés dans notre objet d'étude sont l'objet de métaphores¹⁵. On compare Marc-Yvan Côté à un « beu » [bœuf] de la politique et Rochon à un « formateur de santé » attribuant à ces derniers un symbole de pouvoir. Puis, on compare Rochon à un « one-man-show », ainsi qu'à un « preacher », lui attribuant le symbole de l'autorité. Les ministres de la Santé sont ainsi des symboles du pouvoir et de l'autorité.

Bien qu'il y ait eu plusieurs autres acteurs concernés par notre étude, l'hôpital, la Régie régionale, les médecins et les ministres ont fait l'objet de métaphores en nombre suffisant pour nous y attarder. Nous pouvons les considérer en tant que symboles du fait qu'ils étaient au centre des enjeux débattus. D'ailleurs, la primauté de l'hôpital et de la Régie régionale dans la réforme de la santé rend compte de la prédominance de ces acteurs dans l'esprit des personnes interviewées. L'hôpital concerne directement les médecins et la Régie régionale et il est relié directement au ministère de la Santé et à son ministre. Nous avons alors quatre acteurs : trois regroupements (l'hôpital, la Régie régionale et les médecins), et les ministres de la Santé. Pour mieux comprendre ce que représente chacun de ces acteurs, arrêtons-nous aux similitudes et divergences qui concernent leurs attributs symboliques.

L'hôpital, et la Régie régionale répondent à un symbole commun : le conflit. Par ailleurs, l'hôpital et les médecins possèdent un symbole commun, celui de la productivité. Cependant, l'hôpital ne partage aucun symbole avec les ministres de la Santé. Par ces rapprochements, la particularité symbolique de l'hôpital devient plus perceptible. L'hôpital se distinguerait par son symbole d'intimité et de sécurité. Nous pouvons imaginer que l'hôpital représente un ensemble de relations personnelles occultes et intimes entre les patients et les médecins, les

¹⁵ « De toute façon, Rochon c'était vraiment le formateur de la santé ». cf. Annexe D *Les ministres* p.107-108.

infirmières, les professionnels de la santé ainsi que les administrateurs. Il nous est permis de penser que l'hôpital permet de protéger les intérêts de tous ces acteurs.

Les médecins se distinguent par le symbole de la caste. Ils partagent le symbole du pouvoir avec les ministres de la Santé, alors que ceux-ci se distinguent par l'autorité qu'ils représentent. Nous avons alors quatre regroupements possédant chacun une symbolique particulière : l'hôpital symbolise l'intimité et la sécurité; la Régie régionale de Québec symbolise le contrôle; les médecins symbolisent la caste et les ministres de la Santé symbolisent l'autorité. Cependant, l'hôpital, la Régie régionale et les médecins possèdent un symbole commun, le conflit, au cœur duquel les ministres de la Santé ne semblent pas directement impliqués. La lecture des métaphores utilisées nous permet de constater que des relations conflictuelles existent entre les médecins eux-mêmes, entre les médecins et les autres professions dans les murs des hôpitaux et à la Régie régionale. Cela laisse présager une certaine compétition pour le contrôle des pratiques médicales.

Bien qu'ils ne représentent qu'une interprétation parmi d'autres possibles, ces symboles nous permettraient de noter une dynamique. À l'intérieur de l'hôpital, les activités sont orientées selon le symbole de la productivité, dont le contrôle serait assuré par les médecins. L'organisation de leur travail se réaliserait de trois façons : la recherche du gain par la répétition des consultations, la recherche de la conformité aux règles régissant l'exercice de la profession, et l'affermissement de leur profession par le développement de leur expertise (Friedson 1975 : 3-17). Par cette typologie, nous pouvons considérer la caste des médecins selon trois tendances. Les omnipraticiens seraient caractérisés par l'organisation de leur travail orientée d'après la recherche du gain par la répétition des consultations, alors que les médecins spécialistes rechercheraient plutôt la domination de leur profession par le développement de leurs connaissances permettant l'approfondissement de leur expertise. Un troisième groupe de médecins, d'omnipraticiens, de spécialistes, de chercheurs et d'étudiants, orienteraient leur travail selon les règles formelles dictées par l'État afin d'assurer leur poste. La prédominance de l'une de ces tendances dans un hôpital déterminerait en partie le rôle que cet hôpital a joué lors de la lutte pour la désignation du

CHUQ. Ainsi avons-nous constaté la prépondérance des hôpitaux dits de spécialistes lors de la réorganisation du système de santé dans la région de Québec, comme le CHUL et Saint-François d'Assise, et l'infériorité des hôpitaux dits d'omnipraticiens, tels que Christ-Roi et Chauveau.

Dans cet ensemble, le symbole de contrôle que représente la Régie est intéressant. Elle dirigerait la compétition non pas entre les médecins à l'intérieur d'un même établissement, mais plutôt entre médecins de différents hôpitaux. En jouant un rôle de contrôleur, la Régie régionale fait respecter les consignes. Elle incite les acteurs à suivre les normes directrices à la prise de décision. Les médecins, suivant le type d'organisation de leur travail, ont dû argumenter les uns les autres au niveau de la Régie régionale, si ce n'est pas directement au ministère de la Santé, pour la localisation de leurs lieux et de leurs équipes de travail. Dans une certaine mesure, les médecins entretiennent des relations de compétition entre eux suivant le type de pratique professionnelle qu'ils exercent, accordant conséquemment à certains hôpitaux une très grande valeur sur le plan de la recherche au détriment de quelques autres qui furent obligés de lutter pour leur survie.

Cependant, cette compétition pour le contrôle de l'exercice de leur profession entre les médecins nous dévoilerait un rapport d'autorité entre eux et l'ensemble du personnel hospitalier. Elle influencerait directement le sort des hôpitaux. Les équipes médicales, les laboratoires ainsi que les équipements se déplacent suivant les mouvements des médecins. Il est peu question ici de négociations entre les médecins et les directeurs et employés de l'hôpital. Ces relations ont plutôt la valeur de consignes de la part des médecins vers le personnel administratif et médical des hôpitaux (Aumont in Demers, Dumas et Bégin 1999 : 217). Ainsi, la refonte du réseau de la santé et de l'ensemble des hôpitaux nous a montré que les médecins posséderaient une importante autorité implicite dans le monde médical.

La réforme de la santé s'est effectuée en deux temps, comme nous l'avons souligné au chapitre précédent. D'abord, au tout début, ce sont les médecins qui ont négocié les premiers

avec les élus provinciaux concernant le contenu de la loi 120. Une fois cette étape franchie, les médecins se sont disputé la réorganisation de leurs spécialités. Ces disputes ont eu des répercussions auprès des directions d'hôpitaux. Celles-ci sont entrées par la suite en compétition les uns avec les autres dans la lutte pour la conservation du statut universitaire. Cependant, tout nous laisse croire que ces luttes ont eu lieu notamment entre les médecins spécialistes et les omnipraticiens. La désignation du statut universitaire a révélé certaines différences d'autorité dans la pratique médicale. Malgré le doute de plusieurs, il s'est avéré que les hôpitaux menacés de fermeture étaient essentiellement des établissements d'omnipraticiens, offrant seulement à l'occasion quelques spécialités mineures, Christ-Roi et Chauveau entre autres, alors que les hôpitaux qui étaient assurés du statut universitaire étaient les hôpitaux fortement spécialisés comme Saint-François d'Assise et le CHUL.

Les spécialités médicales nécessitent davantage de ressources physiques et humaines que la médecine omnipraticienne. Cette dernière consiste à prodiguer généralement à peu près tous les soins courants à la population, alors que la spécialité médicale concerne une maladie plus particulière, dont le traitement réside souvent en une chirurgie. Elle nécessite un équipement de pointe, une équipe d'infirmières, des anesthésistes, et d'autres spécialités connexes. De plus, une spécialité médicale nécessite des lits pour héberger les personnes qui subissent une chirurgie. La spécialité médicale demande davantage de ressources que l'omnipraticien. D'autant plus que les spécialistes sont plus rares. Leur formation est plus longue que celle des omnipraticiens, et il y a moins de médecins spécialisés que d'omnipraticiens. Ainsi, les spécialités médicales exigent davantage de ressources. Mais l'autorité dont les spécialistes jouissent provient du fait que leurs spécialités confèrent à l'hôpital davantage de prestige aux yeux de la société (Haug et Lavin 1983 : 27-82). Les spécialités sont fréquemment appelées à guérir l'inguérissable, la mort, comme les différents cancers. Cette source de prestige pousse les directions d'hôpitaux à attribuer une grande importance aux spécialistes. Et c'est ce que nous avons pu constater lors de la mise en œuvre de la réforme. L'enjeu était le titre universitaire, c'est-à-dire l'enseignement menant à la recherche.

L'analyse des symboles les plus importants nous a permis de découvrir les acteurs centraux dans la réforme de la santé de la région de Québec. D'une part, nous avons tous les médecins spécialistes et les omnipraticiens qui sont en compétition pour la recherche du gain et auxquels sont soumises les diverses professions reliées au fonctionnement de l'hôpital. D'autre part, nous retrouvons la Régie régionale et le ministre de la Santé encadrant l'organisation de ce champ d'activités. Ces distinctions nous permettent maintenant d'examiner les rapports entre ces différents acteurs.

La réforme

La réforme dans son ensemble est elle aussi sujette à de multiples métaphores¹⁶. On la compare au bébé du ministre Rochon, à une carte, à un puzzle, à « tirer trois, quatre gallons de peinture sur un mur », à une guerre, ainsi qu'à une révolution. Par la comparaison au bébé du ministre, à des grandes cartes, à un puzzle, la réforme symbolise le contrôle. Puis la comparaison à la guerre de milieux, à la guerre de structures, et à la révolution lui accorde le symbole du conflit. Par la comparaison à « tirer trois, quatre gallons de peinture sur le mur », on lui attribue le symbole de l'improvisation. En somme, la réforme est symbole de contrôle, de conflit et d'improvisation. La réforme est alors un symbole de désordre provoqué par une compétition pour les ressources et le produit des pratiques médicales. Dans cette optique, la mise en œuvre de la réforme aurait accentué les différences de statut entre tous les employés des hôpitaux et les médecins, la Régie régionale et les ministres de la Santé, parce qu'elle suscitait la promotion et la défense d'intérêts multiples. Entre autres, elle a suscité des nombreuses tentatives d'influence.

¹⁶ « Monsieur Rochon, à mon avis, vous vous rappelez qu'il avait présidé la commission Rochon, il avait été nommé par le P.Q., quand nous on avait pris le pouvoir en 1985, il était là, c'était son bébé ». cf. Annexe D *La réforme* p.108.

Les activités de pression

Les activités de pression font aussi l'objet de métaphores.¹⁷ On les compare à tirer des ficelles, à du « plotage d'établissements », à du « plotage de réseau », à des tentacules, à des relations amoureuses, à des batailles, et à des joutes. Par les métaphores tirer des ficelles, « plotage d'établissements », « plotage de réseau », les tentacules, et les relations amoureuses, les activités de pression prennent le symbole de la manipulation. Par les joutes et les batailles rangées, les activités de pression deviennent symbole de conflit. Ces images font des activités de pression des symboles de manipulation, et de conflit. Les activités de pression pourraient alors s'apparenter à du lobbying.

Le symbole de manipulation attribué à la pratique de la pression pourrait nous rappeler la symbolique de l'intimité attribuée également à l'hôpital. La pratique de l'influence pourrait être présente dans chacun des groupes reliés aux pratiques médicales dans un cadre d'intimité ou occulte. De plus, cette influence pourrait être perçue comme avilissante dans la mesure où elle se monnaie ou qu'elle dévoile un certain favoritisme. Ces deux symboles que l'on attribue aux activités de pression pourraient bien correspondre aux activités auxquelles se sont livrés les administrateurs d'hôpitaux d'un côté et les médecins de l'autre.

Le symbole de manipulation est attribué non seulement aux activités de pression, mais se rapprocherait du symbole de contrôle attribué à la Régie régionale. Dans cette mesure, les membres de la Régie régionale auraient peut-être moins participé à des relations d'influence occultes, mais celle-ci aurait été davantage placée dans une situation de manipulation. À ce titre, les membres de la Régie régionale n'ont pas été soudoyés lors des activités de pression, mais la diversité des intérêts présents ainsi que le manque d'expérience souvent évoqué des membres en place auraient permis une certaine manipulation des experts, notamment lors de l'argumentation. À ce niveau, il ne semble pas que les médecins aient été insérés dans ces activités avec la Régie, si ce n'est par le comité de régie non officiel dont nous avons fait

¹⁷ « Alors à Saint-Sacrement, excuse-moi, c'est une période que j'ai appelée le plotage des établissements ». cf. Annexe D *Les activités de pression* p. 109.

mention plus haut. C'est plutôt au niveau des hôpitaux, de l'ensemble des groupes de pression présents dans le réseau de la santé, et au ministère de la Santé que les activités de pression sont passées de l'argumentation ouverte pour devenir des activités de manipulation, d'appropriation, de compétition et finalement de conflit. Et nous pourrions croire que les médecins, spécialistes, omnipraticiens, résidents et étudiants, se sont influencés de la même façon.

Les activités de pression concernent l'ensemble du réseau de la santé. La volonté d'une décentralisation de la prise de décision vers la population dans la réorganisation du réseau les auraient provoquées. Cependant, ces activités, bien que généralisées, ne semblent pas prédominer dans les rapports entre les médecins d'une part et les autres acteurs impliqués dans l'hôpital d'autre part. La Régie n'a pas été l'arbitre des rapports entre ces deux regroupements, elle a plutôt joué un rôle similaire à celui d'encadrement des échanges entre les hôpitaux et les divers groupes d'intérêt. Par ailleurs, rien ne nous indique que les ministres de la Santé aient eu des rapports d'influence et de pression, ni avec les hôpitaux, ni avec les médecins. Par contre, les symboles de la manipulation, du pouvoir et du contrôle pourraient peut-être révéler la teneur des rapports entre le ministre de la Santé et la Régie régionale, et encore une fois l'importance du comité de régie.

Les personnes interviewées ont perçu les ministres de la Santé comme des symboles de contrôle et d'autorité. Ces caractères leur attribuent d'immenses pouvoirs. Le symbolisme du ministre de la Santé nous décrit quelqu'un qui possède des connaissances et par les attributions du poste qu'il occupe, un pouvoir. Ces deux attributs lui accorderaient une capacité certaine de persuasion et de manipulation. À ce titre, la manipulation et la persuasion peuvent se confondre, lorsque le ministre fait appel à des croyances comme, par exemple, celle de la définition du bien de la communauté. Rappelons-nous que la réforme, bien que souhaitée par l'ensemble des acteurs du réseau, demeure l'initiative du ministère de la Santé, principalement des ministres de la Santé. C'est le ministre Côté qui a lancé la réforme avec la présentation de son livre blanc en décembre 1990. C'est également le ministre Rochon qui a donné des directives aux régies régionales pour réorganiser le réseau

de la santé dans chaque région, afin de réaliser les coupures budgétaires le mois suivant son élection. Ainsi, les activités de « pression » de la part du ministre s'appliqueraient aux hôpitaux, à la Régie régionale ainsi qu'aux médecins en ce qu'il leur a dicté et répété les normes à respecter. Les rapports de pression et d'influence que nous venons de décrire par le truchement des métaphores et des symboles correspondent à ce que les personnes interviewées nous ont appris au sujet des pratiques de lobbying.

Elles ont défini le lobbying de plusieurs façons. D'abord, elles le perçoivent comme une pratique de communication, d'influence, de consultation, d'élaboration de dossier et de planification stratégique. Puis, elles le comparent à du favoritisme, de la courtoisie, de la corruption et de la pourriture politique. Quant à lui, le lobbyiste est vu comme un vendeur, un publicitaire, un trafiquant d'influence, une éminence grise. Il fausse les règles, il est fréquemment plus puissant que les ministres, il tire les ficelles à la bonne place, il contourne les lois. À l'inverse, il est perçu d'une façon plus positive. Le lobbying est essentiel à la démocratie. Il en suppose le respect. Il est même nécessaire. Le meilleur lobbying se fait à l'Opposition officielle. C'est quelque chose d'humain existant à tous les niveaux. C'est également une relation de confiance. Ainsi, les perceptions du lobbying semblent correspondre à celles des relations de pression entre les médecins, la Régie régionale, les hôpitaux et le ministre de la Santé. Les activités de lobbying correspondent à l'intimité, la séduction, la manipulation, l'appropriation, la compétition, et au conflit.

6 L'ordre politique

L'ordre politique vécu du domaine de la santé dans la région de Québec présente quatre acteurs principaux, l'hôpital, les médecins, la Régie et le ministre de la Santé qui, dans le cadre de la réforme, pratiquent des activités de pression et d'influence. D'un côté, l'hôpital tente d'influencer les autres hôpitaux et la Régie, pendant que cette dernière arbitre les relations entre les différents hôpitaux et les différents corps professionnels. D'un autre côté, les médecins tentent de s'influencer entre eux selon le type de médecine qu'ils pratiquent. Seul le ministre de la Santé entretient des relations d'influence avec ces trois principaux acteurs. Mais notre tableau demeure incomplet tant que nous omettons la Faculté de médecine de l'Université Laval ainsi que la population, présente dans l'hôpital à titre de patient. Ni l'un ni l'autre n'a été objet de nombreuses métaphores, si ce n'est occasionnellement.

La Faculté de médecine de l'Université Laval

La Faculté de médecine a été comparée en une seule occasion à un fantôme¹⁸. Elle symboliserait une force occulte. Elle a joué un rôle dans la détermination du statut universitaire, concernant les étudiants qu'elle place dans les hôpitaux. Cependant, la Faculté de médecine est elle-même divisée entre la médecine spécialisée, la médecine omnipraticienne au niveau de la recherche et de l'enseignement. Par conséquent, des

¹⁸ « Puis, quand on regarde ça aussi, il y a le fantôme de l'Université en-dessous de tout ça parce que ils ont réussi à peu près à arriver aux objectifs de l'Université ». cf. Annexe D *La faculté de médecine de l'Université Laval* p. 109.

tensions ont peut-être surgi lors de la prise de décision au sujet des préférences de la Faculté de médecine dans la distribution des statuts universitaires. Dans cette optique, il y a une confusion entre les médecins spécialistes et omnipraticiens œuvrant dans l'hôpital et ceux œuvrant à la Faculté de médecine. L'intérêt de la recherche et de l'enseignement provient du fait que l'un ne va pas sans l'autre. Bien qu'il faille enseigner la médecine omnipraticienne dans les hôpitaux pour former les omnipraticiens, la recherche accompagne plutôt l'enseignement des spécialités. Il est plus intéressant pour l'université d'accompagner l'enseignement des spécialités à la recherche, pour les retombées en prestige et en richesse de cette dernière. Mais les médecins directement reliés à l'Université Laval ne sont pas les seuls à faire de la recherche. Celle-ci est assurée également par des chercheurs reliés à l'industrie technologique et pharmaceutique. Ainsi, l'Université Laval, par l'entremise de la Faculté de médecine, est un acteur de la réforme de la santé. Mais elle n'est pas la seule à regrouper les médecins spécialistes.

Les manifestants

La population est un acteur qui en tant que patient à l'hôpital, n'a pas mérité d'abondantes métaphores. Cependant, elle a été très active lors des manifestations à Christ-Roi et à Chauveau, ce qui lui a valu quelques métaphores sous cet angle¹⁹. Les manifestants sont comparés à une marée symbolisant la solidarité. Ils sont également comparés au jury dans l'exécution de Causcescu en Roumanie. Dans cette optique, les manifestants sont symboles de désapprobation et de solidarité. Leur action s'inscrit dans les deux manifestations que nous avons étudiées. Ces manifestations ont été l'objet de plusieurs métaphores.

¹⁹ « Et les gens agitaient ce drapeau [le petit drapeau pour la sauvegarde de l'hôpital], c'était une marée, vous savez comme une vague qui se promenait [...]. C'était de toute beauté à voir. Quand les gens levaient un drapeau, et qu'ils agitaient leur drapeau, d'en haut, je pense qu'il n'y avait pas vingt pieds carrés de libre. C'était pareil, comme une vague ». cf. Annexe D *Les manifestants* p.109-110.

La manifestation

La manifestation que nous percevons d'habitude comme une activité de pression n'est pas perçue de cette seule façon par les personnes que nous avons interviewées²⁰. En effet, elle est comparée à une fête populaire, un gros « party », un happening, une croisade, ainsi qu'à un « fourratoire ». Par la fête populaire, le gros « party » et le happening, la manifestation devient symbole de convivialité. Par la croisade et le fourratoire, la manifestation symbolise la rivalité. Ainsi, la manifestation est symbole de convivialité et de rivalité.

L'expression des métaphores nous permet de noter la présence de quatre acteurs principaux dans la réforme, soit les hôpitaux, les médecins, la Régie régionale et le ministre de la Santé. Leurs rapports ressemblent à des relations de lobbying. Certaines relations entre ces acteurs se sont produites dans des tentatives d'influence ouverte, notamment aux assemblées de la Régie. D'autres se sont produites dans des espaces moins ouverts au public, tels les hôpitaux, les conseils d'administration. Enfin, selon l'importance, certaines ont dû se réaliser complètement dans le secret. La réorganisation des soins de santé a provoqué une situation de gagnants et de perdants. D'une part, les spécialités médicales auraient influencé la configuration finale de l'organisation de la production des soins de santé en résistant et en imposant leurs vues aux autorités publiques. D'autre part, les médecins omnipraticiens, les groupes d'intérêt, les directions d'hôpitaux et la population, bien qu'ayant exprimé leurs points de vue, ont plus ou moins réussi à s'imposer. À ce titre, les manifestations de Christ-Roi et de Chauveau auraient exprimé à la fois certaines frustrations, et à la fois une résistance face aux pouvoirs publics.

Par les manifestations, les participants ont voulu souligner la distance entre les relations politiques souhaitées par chacun des acteurs et celles qu'ils ont vécues. Ils rappelaient que la protection et l'épanouissement du bien-être de la collectivité étaient la norme première de cette réorganisation du système de santé. La Régie régionale devait être en place afin de

²⁰ « C'est devenu une espèce de fête populaire ». cf. Annexe D *La manifestation* p.110.

permettre à la région de mener par elle-même la réorganisation du système de santé à Québec. Les décisions prises devaient être transparentes, et toutes les propositions devaient être écoutées. Ainsi, la réorganisation des soins de santé dans la région de Québec devait, dans l'idéal exprimé, permettre une certaine équité dans la redistribution des ressources consacrées aux soins de santé. Or, les résultats ne semblent pas avoir été conformes aux désirs des acteurs.

Comme l'analyse des métaphores nous l'a montré, il existe une différence essentielle entre les perceptions des acteurs évoluant dans cette sphère d'activités. Le médecin, et encore plus pour le médecin spécialiste, appuie son pouvoir sur la relation qu'il entretient avec ses patients (Haug et Lavin 1983 : 9-26). Lorsqu'une personne se présente dans un hôpital pour se faire soigner, elle se sait malade, mais elle ne sait pas toujours ce qu'elle a exactement. Elle se présente alors au personnel qui la dirige vers le médecin. Celui-ci l'examine et il pose un diagnostic menant à la prescription de solutions. Dans une certaine mesure, la personne se livre au médecin dans l'ignorance du mal qui la fait souffrir, en espérant que le médecin le lui apprenne. Elle se confie au médecin au point même où, à certaines occasions, elle doit se présenter nue. Dans cette optique, la relation entre le patient et le médecin repose sur une confiance mutuelle, se manifestant dans la croyance que la maladie de la personne est réelle et que les intentions du médecin sont de trouver un remède à la maladie. Cette confiance est très importante, non qu'elle conduise directement à la guérison du patient, mais elle permet au médecin et au patient de négocier un remède (Haug et Lavin 1983 : 27-42). C'est lors de cette négociation que le médecin construit sa réputation, et suivant ses succès, un rapport de dépendance entre lui et ses patients.

Les médecins ont tout avantage à entretenir ces relations, car non seulement ils en tirent leur subsistance, mais ils l'assurent. Ces relations leur attribuent dans le temps et dans l'espace un pouvoir et un prestige qui non seulement les nourrissent, mais également leur attribuent un rôle essentiel dans le fonctionnement de la société. Étant symbole d'intimité, l'hôpital est le giron où se crée et se renouvelle cette relation (Turner 1987 : 157-171). Dans cette mesure, même, le rapport de confiance ne se limite pas aux patients. Nous pouvons imaginer que ces

rapports doivent exister entre le médecin et l'ensemble du personnel de l'établissement (Turner 1987 : 157-171). Avec le temps, il se forme des liens solides entre eux.

De plus, il est possible de poser que les relations de dépendance à l'égard des médecins ont des conséquences dépassant le cadre des hôpitaux où ils exercent leur profession. D'ailleurs, comme nous l'avons souligné, les médecins, selon le type de médecine qu'ils pratiquent, se forment en associations et entretiennent des relations entre eux. Lors des négociations visant à déterminer les hôpitaux qui formeraient le CHUQ, nous retrouvons les spécialistes qui, par spécialité, négociaient entre eux l'établissement et le fonctionnement de leur spécialité. Puis, nous retrouvons les omnipraticiens qui, centrés dans les hôpitaux dits de moindre importance quant au nombre de lits, ont tenté de négocier des arrangements avec certaines spécialités. De leur côté, les chercheurs et les étudiants ont négocié par le biais de l'Université Laval avec les spécialistes et les omnipraticiens. Finalement, ces relations de dépendance ont semblé s'étendre jusqu'au ministre de la Santé. Nous avons remarqué que les médecins ont rencontré à plusieurs reprises le ministre Côté pour faire modifier le projet de loi 120, avec succès. La relation de dépendance du médecin s'établit avec la population principalement. Puis cette relation de dépendance s'étend également aux employés de l'hôpital. Finalement, cette relation de confiance s'établit avec d'autres médecins, en fonction des préférences et des intérêts.

Selon ses pratiques, le médecin génère et entretient des relations de confiance avec des acteurs de multiples domaines. Dans cette mesure, l'hôpital devient le centre névralgique de cet ensemble politique implicite (Turner 1987 : 157-171). Si nous pouvons dénombrer avec aisance les établissements hospitaliers dans la région de Québec, nous ne pouvons que très difficilement détailler la configuration des relations de dépendance que chaque médecin entretient avec les patients et les autres acteurs. Ainsi, l'hôpital présente une configuration unique de rapports de dépendance, basée en grande partie sur la réputation du médecin. L'ordre politique implicite repose sur cet arrangement. La confiance que l'ensemble de la société accorde au médecin lui attribue une autorité majeure dans cette société. Le patient doit croire dans les capacités du médecin de le guérir. Ou du moins, il doit avoir la

« superstition » qu'il augmente ses chances de guérison en consultant le médecin, et que ne pas le consulter ne peut qu'empirer sa maladie. Cependant, cette autorité entre en compétition avec une seconde qui, reposant sur les mêmes principes, cherche à brider son influence. Le gouvernement, en cherchant à réorganiser le système de santé, et plus particulièrement lorsqu'il songe à fermer des établissements, touche directement le cœur de cette structure politique implicite fondée sur la confiance.

Dans une perspective semblable, le gouvernement entretient lui aussi des relations de dépendance avec d'autres acteurs. Notamment, les élus entretiennent des relations de confiance avec les électeurs, qui sont également potentiellement des patients. Puis, ils entretiennent aussi des relations de confiance avec différents acteurs de la société, comme l'industrie, les syndicats, les entrepreneurs de plus petite taille, les groupes de pression et les lobbyistes (Dussault et Hudon 1999). L'ensemble du gouvernement forme alors un ensemble de relations avec différents acteurs, dépassant les limites du parti auquel ils appartiennent. Dans la mise en œuvre de la réforme de la santé au Québec, l'ensemble des relations de confiance qu'entretiennent les élus et celui des médecins se sont parfois brutalement croisés. C'est au niveau des échanges entre ces deux groupes que la transformation du réseau s'est opérée. Rappelons-nous que le ministre libéral a repoussé de plusieurs années la désignation du CHUQ, sans jamais parvenir au succès. Puisqu'ils jouissent d'une très grande autorité dans la société, les médecins ne sont pas totalement subordonnés à l'État. Ils possèdent un pouvoir politique implicite et effectif. Les manifestations ont exprimé cette distinction entre l'ordre social tissé autour des pratiques médicales, et l'ordre politique construit selon les rapports entre les élus et l'ensemble de la société. Dans cet esprit, les manifestations avaient une fonction toute particulière.

Les manifestations de Christ-Roi et de Chauveau ne cherchaient pas à exprimer les conflits entre les divers regroupements de médecins, bien que ces tractations aient énormément influencé la mise en œuvre de la réforme de la santé dans la région de Québec. Elles ont plutôt permis à la pratique médicale d'affirmer son pouvoir contre celui du gouvernement en place. En réalité, les manifestations ont permis d'occulter l'étonnant pouvoir que les

médecins possèdent sur la société. La mise en œuvre de la réforme créait des brèches dans le « mur » de confiance dont jouit généralement la profession soignante. Par la manifestation, on a récupéré cette attaque du gouvernement par la démonstration d'une démarcation physique et symbolique entre lui et la société. On rétablissait la confiance par les manifestations qui ont incarné un rite de défense d'un ordre social implicite dans le monde médical et par rapport à lui face à l'ordre politique explicite de l'État. Elles ont illustré la frontière entre l'ordre politique imposé par l'État et celui que la société s'est fabriqué tout au cours de son histoire. L'ordre politique institutionnel se confrontait à l'ordre politique implicite du réseau de la santé dans la région de Québec, en traçant la limite entre ces deux mondes. D'ailleurs, certaines entrevues ont été particulièrement éclairantes à ce sujet.

Il est étonnant de remarquer lors des deux manifestations la barrière érigée entre, d'une part, le gouvernement et, d'autre part, la population, les élus municipaux, les médecins et les professionnels du monde de la santé. Aux deux endroits, l'aménagement annonçait la confrontation. Dans le cas de Christ-Roi, la députée représentant le parti politique au pouvoir ne s'est pas présentée. Malgré tout, elle a été huée. Dans le cas de Chauveau, le député du parti au pouvoir s'est présenté, et la confrontation a été plus percutante. Le député nous a raconté son expérience en ces termes.

Les gens montés avec les gens sur le terrain, je devenais le gros méchant moi que veux-tu. J'étais le gouvernement. Alors que je n'avais rien à faire dans cette décision-là, pour l'écriture, la stratégie et tout. Je me battais pour essayer de sauver l'hôpital. Il y a des gens qui ont commencé à crier « chou, chou, chou ». Les gens ont commencé à se réveiller dans l'assistance. Ça criait tellement fort que, moi, je pensais ne pas être entendu. Je n'ai pas dit un mot durant une minute. Mais je n'ai pas reculé, parce qu'on s'avancait sur le bord, j'avais le micro dans les mains. Je n'ai pas reculé. Mais je n'ai pas dit un mot pendant une minute. Mais ça continuait [...]. Ça criait. Mais moi je ne suis pas bonhomme à reculer hein ! J'ai pris l'organisateur, l'animateur, qui m'a dit : « M. Brouillette, essayez de vous faire écouter ! » J'ai monté le ton pour me faire entendre. [...]. Je ne m'entendais pas au micro, sur le toit, il y avait quinze mille personnes. Les haut-parleurs étaient en bas, mais je ne le savais pas trop, si les gens m'entendaient ou pas, je n'entendais pas ma voix porter. J'entendais la clameur des gens qui criaient. Alors pour me faire entendre,

j'ai levé le ton ! J'avais l'air de quelqu'un qui était... Je parlais très fort dans le micro pour me faire entendre par-dessus la clameur que j'entendais. Mais quand je suis revenu, les gars à côté ont dit: « Maudit, félicitations, t'as du guts! ».

Et c'est également ce qu'a constaté une participante à la manifestation. La séparation entre l'élu et le reste de la société se matérialise dans la bordure du toit.

Dans le déroulement, l'affaire qui a peut-être le moins bien été, ça a été le discours de Raymond Brouillette. Ça a été horrible, l'enfer, il s'est fait hurler, hurler, chahuter, huer.... Il était sur le toit de l'urgence et c'est là que les officiels étaient, et il y avait un système de haut-parleurs, et tout le kit. Il n'a jamais été capable de placer un mot. Il n'a jamais été capable de placer un mot tellement que le monde criait après lui. Il a hurlé, il hurlait et le monde ne l'a jamais laissé parler. Il est devenu rouge, rouge, à un moment donné, il avait le pied, tu sais la petite bordure de métal qui entoure un toit plat ? Je me disais, mon dieu ! Il va tomber ! Il va tomber ! Il était tellement enragé ! Il était tellement enragé que le monde ne veuille pas l'écouter....

La bordure de métal délimitait la limite non seulement de la scène, mais également la démarcation entre le cadre politique que l'État impose et l'ordre social construit depuis des années autour de l'hôpital. D'un côté, on retrouvait la population, médecins, infirmières directeurs d'hôpitaux. De l'autre, le gouvernement que personnifiait le député de Chauveau. De plus, à Christ-Roi, la chaîne humaine donnait corps à ce lien de confiance en ce sens qu'elle symbolisait la diversité et la solidarité inhérentes aux relations entre la société et les médecins. En outre, ce geste rappelait l'image protectrice que la société projetait de l'hôpital, et par là, les relations de confiance qui y sont générées et entretenues. Ces rituels ont montré toute l'intensité de la confiance que la société éprouve non seulement pour les médecins, mais également pour la médecine moderne à guérir la maladie et à prévenir les épidémies (Turner 1987 : 131-156). Il n'était pas question, lors de ces manifestations, de remettre en cause cette confiance envers la médecine, mais plutôt de signifier au gouvernement qu'il devait tenir compte de l'ordre social soudé autour du médecin. Dans cette perspective, le respect des normes politiques devenait un problème d'autorité.

En effet, le respect des normes que nous avons identifiées précédemment devenait problématique. Les médecins dictaient leur conception du réseau de la santé alors que le gouvernement, après l'élection de 1994, a dû imposer les vues de l'État, notamment dans le choix du CHUQ et dans la décision de fermer des hôpitaux. Les manifestations ont montré que la confiance entre les médecins et le reste de la société est quelque chose d'intouchable, de sacré. D'ailleurs, le député de Chauveau ne s'est jamais prononcé ouvertement pour la fermeture de l'établissement. Sans doute parce que la fermeture de l'établissement signifiait la destruction d'une partie de ce tissu de relations de confiance entre les médecins et la société immédiate de proximité à l'hôpital Chauveau. Dans un certain sens, ces relations étaient interdites à la critique. Et elles étaient encore davantage interdites à une modification imposée de l'extérieur. Le député de Chauveau, qui représentait le gouvernement au pouvoir, a été humilié lors de la manifestation, parce qu'en tant que représentant de la population du comté de Chauveau, il n'a pas pu obtenir la parole. Et l'humiliation s'amplifiait du fait que c'est la population qui lui enlevait ce privilège, lui qui était leur représentant à l'Assemblée nationale ! En un sens, la manifestation a terni l'image du député. Elle lui retirait la confiance qu'elle lui portait, en l'empêchant de parler, lui qui représentait officiellement la population à laquelle il s'adressait. Du coup, elle retirait également la confiance qu'elle accordait à la Régie régionale, qui devait normalement forger un consensus parmi les hôpitaux de la région.

Ces manifestations ont montré l'attachement que la population accorde aux hôpitaux. Cet attachement provient moins de la confiance dans la médecine que des liens de dépendance tissés dans le temps entre les médecins, le personnel administratif et de la santé et les patients de l'hôpital (Turner 1987 : 131-156). La mise en œuvre de la réforme de la santé dans la région de Québec a suscité une compétition pour le contrôle de ces liens de dépendance. L'ordre politique implicite engendré par ces liens de dépendance a été soumis à une tension par la modification du cadre formel que l'État lui imposait. L'hôpital est alors perçu comme un objet sacré, quelque chose de presque intouchable, puisqu'il constitue le cœur de cette structure de relations de dépendance. Bien que le rapprochement entre ces

deux structures ait été nécessaire pour réaliser la réforme dans la région de Québec, les manifestations voulaient affirmer la prédominance de l'ordre social dans lequel les médecins sont centraux par rapport à l'ordre politique imposé par l'État. Malgré qu'il ait rencontré une vive opposition, le gouvernement a réussi à imposer les modifications qu'il apportait au cadre de la pratique médicale. Non pas que ces liens de dépendance soient disparus, mais bon nombre de ces relations a été brisé afin de permettre le développement de l'intervention de l'État dans ces pratiques, au niveau des dépenses notamment. Les manifestations venaient d'une certaine façon panser une plaie causée par la rupture d'un ensemble de relations de dépendance entre les divers intervenants, médecins, administrateurs, infirmières et patients.

Comme nous l'avions posé au départ, le domaine de la santé, du moins dans la région de Québec suit une logique sectorielle (Dobry 1986). Cette logique sectorielle se traduit en un ordre politique implicite qui s'est tissé au fil des ans autour des pratiques médicales. Il est composé par une compétition pour le contrôle des ressources et des moyens de production ainsi que des revenus découlant des pratiques médicales. Parmi les acteurs impliqués, une hiérarchie s'est installée avec le développement des pratiques médicales. Par conséquent, l'hôpital est devenu un objet sacré pour cet ensemble, puisqu'il représente l'intimité des relations entre les divers acteurs. À l'ordre politique de cette structure de relations occultes, l'État a imposé un cadre, un ensemble de règles explicites. La transformation du réseau a eu pour conséquence de briser partiellement cette structure implicite, en créant un désordre au niveau des perceptions des acteurs. Plusieurs nous ont décrit effectivement cette période de transformation comme un « enfer », une « démobilisation ». On s'est beaucoup plaint du manque d'information, « on ne sait pas où le gouvernement s'en va ».

D'ailleurs, les manifestants ont reproduit cet enfer qu'ils avaient vécu en huant les députés du parti au pouvoir lors des manifestations. Ainsi, pour imposer des modifications au cadre de fonctionnement à l'ensemble des pratiques médicales, l'État a dû briser des réseaux de relations d'une structure déjà fortement ordonnée. Par conséquent, les deux manifestations survenues à Christ-Roi et Chauveau voulaient réaffirmer un ordre politique implicite que l'État tentait de dissoudre pour le reconstruire à sa façon. Au désordre provoqué par la mise

en œuvre de la réforme Rochon, la société, entendons par là l'ensemble des regroupements professionnels et la population au sens large, a réaffirmé cet ordre politique par une délimitation physique entre les participants et organisateurs d'un côté et le gouvernement au pouvoir de l'autre, et en salissant par l'injure les élus représentant le parti politique au pouvoir (Douglas 1981). Cette souillure du représentant de la population à l'Assemblée nationale matérialisait également une humiliation pour la Régie régionale, car la manifestation signifiait qu'elle avait échoué à rapprocher la prise de décision étatique de la population.

La sacralisation de l'hôpital a rendu toute atteinte à la population, au médecin et à la relation entre ces deux derniers interdite. Les abus de confiance dans l'exercice de la profession, tout comme les abus par les patients au niveau des traitements et des médicaments sont d'ailleurs tabou (Radcliffe-Brown 1969 : 207-229). On sait qu'ils existent, mais on cherche plutôt à éviter ce sujet. La refonte du système de santé dans la région de Québec ne cherchait pas à modifier la teneur de ces relations directement. Elle cherchait à diminuer les dépenses dans le système de santé par une réorganisation de la gestion des soins de santé, afin de les rendre plus efficaces, tout en conservant l'universalité d'accès à ces soins. Mais en visant les hôpitaux, l'État s'attaquait à ces relations et probablement aux abus générés par ces relations. Cependant, il devait procéder d'une manière toute particulière, en s'appuyant notamment sur le développement de la technologie en s'appuyant sur l'expression du « virage ambulatoire » (Langlois 1999). Et ce n'est pas par hasard si le gouvernement a cherché tout au long de la réforme à responsabiliser le citoyen sur sa consommation de produits et de services médicaux. Mais la population est intouchable. Sa sympathie est nécessaire aux partis politiques pour prendre le pouvoir à l'Assemblée nationale. Elle est nécessaire pour prendre le pouvoir à la mairie. Elle est également nécessaire pour obtenir les meilleures cotes d'écoute et augmenter les tirages des journaux. Elle est tout aussi essentielle à l'exercice de la profession médicale. En ce sens, la population, source de pouvoir et de richesse pour un bon nombre d'acteurs est sacrée. Toute atteinte à la sacralité qui lui est conférée est sacrilège. La sacralisation de la population structure, par la compétition qu'elle

génère pour le contrôle du pouvoir et de la richesse qu'elle représente, l'ordre politique implicite de la société.

Conclusion

Nous avons formulé au départ que la compréhension des événements politiques dépassait l'analyse historique et statistique des relations de pouvoir. Nous avons suggéré d'étudier les manifestations de Chauveau et de Christ-Roi à la lumière de deux formes de langage : la norme et le symbole politique. Ces outils nous ont permis d'aborder l'étude du phénomène politique en questionnant le sens des activités qui le manifestent. Comme nous venons de le constater, le système de santé n'est pas axé sur un ordre politique unique. Dans les décisions collectives, le pouvoir ne revient pas uniquement aux autorités publiques. Il revient avant tout aux rôles distribués dans l'organisation du secteur d'activités. L'État s'impose après coup non pas pour détruire l'ordre social implicite à un secteur d'activités, mais plutôt pour renforcer cet ordre en protégeant ceux qui font y figure d'autorité.

Nous n'aurions pas pu constater ces nuances dans l'analyse politique si nous nous étions pas arrêtés sur ce que représentaient les différents acteurs pour les personnes interviewées. L'analyse de la métaphore nous a permis une approche originale des pratiques de pouvoir. Mais l'étude du langage n'est pas un sujet d'analyse en soi. Nous avons fait bien attention de ne pas nous arrêter sur l'ensemble des procédés linguistiques tels que l'orthonymie, la métonymie, et la péronymie. D'abord, la quantité de données recueillies se révélait phénoménale. De plus, ce qui nous intéressait, c'était davantage de connaître l'expérience vécue des différents intervenants avec l'ensemble du domaine de la santé et de la réforme imposée. En ce sens, l'analyse de la norme et du symbole politique n'a pas porté sur le langage en lui-même, mais elle nous a permis de mettre des acteurs, des faits et des circonstances en perspective. En nous faisant part de leur expérience, les personnes

interviewées nous ont fait sentir ce qu'elles avaient vécu. Si nous nous étions contentés d'analyser le résultat du jeu politique, peut-être n'aurions-nous pas remarqué l'importance cruciale que l'ensemble des acteurs accorde finalement à l'hôpital.

En considérant les pratiques de lobbying comme des activités de pression, nous avons découvert qu'elles menaient à l'instauration de relations de dépendance entre les divers acteurs. Cette dépendance se crée suivant une confiance que les acteurs s'accordent entre eux. Sous cet angle, les pratiques de lobbying ne se limitent plus uniquement à des activités de pression, mais elles contribuent essentiellement à structurer un ordre politique implicite du monde de la santé, dans lequel des règles formelles et informelles s'imbriquent. En ce sens, les manifestations populaires ne visaient pas seulement à faire pression sur ou contre le gouvernement. Elles cherchaient à exprimer l'ordre politique implicite que la collectivité a construit au fil des ans.

Les manifestations ont montré jusqu'à quel point ces liens entre la population et les professionnels de la santé étaient serrés. Tous les acteurs de cette structure étaient unis lors de la manifestation contre les élus membres du gouvernement. L'hôpital n'était pas seulement un lieu de travail et un endroit où l'on se fait soigner. Il matérialisait la structure politique implicite dont l'État cherchait à modifier partiellement la configuration. Dans cette optique, les réflexions du rapport Rochon concernant l'implication des groupes d'intérêt dans ce champ d'activité n'étaient pas superflues. Non seulement le système de santé est-il devenu « prisonnier des innombrables groupes d'intérêt » (Rochon 1988 : 407), mais ce sont ces groupes mêmes qui, au sens large, structurent ce champ d'intervention par le développement dans le temps et dans l'espace des relations de dépendance découlant de la confiance que chacun des médecins, des infirmières, des administrateurs, des autres professionnels et des patients tisse et entretient envers les autres.

En cherchant à comprendre le sens des activités politiques des différents acteurs, nous avons découvert que l'ordre politique ne se limite pas à celui qu'impose l'État. Celui-ci ne crée pas

un ordre politique dans un champ d'activité donné, mais il vient encadrer un ordre politique implicite par les règles qu'il lui impose. Cette intervention de l'État dans la structure politique est suscitée par des besoins exprimés des différents acteurs en présence, ainsi que sur un entendement commun sur les relations souhaitées, que nous avons nommées des normes, comme la rationalité et la démocratie. Nous ne nous sommes pas arrêtés aux normes étatiques de la pratique médicale que le gouvernement dicte (Maioni 1999 : 53-76). Nous avons plutôt consulté quelques acteurs actifs dans cette structure de pouvoir au niveau de leur « idéaux » politique concernant leurs activités. Dans un certain sens, nous nous sommes intéressés davantage à l'examen empirique de la normativité d'une collectivité qu'à l'idéologie officielle exprimée par l'autorité (Ricks 1997 : 179-197). L'étude des métaphores nous a permis de trouver des symboles parce qu'elle nous a amenés à évaluer les relations et les acteurs impliqués dans la transformation du système de santé et dans les manifestations (Ricks 1997 : 179-197).

Les pratiques de lobbying ne sont pas des pratiques ponctuelles de corruption, ni une chance de survie de la démocratie de représentation. Elles sont plutôt à la base de l'activité politique. Le lobbying est une expression pour désigner les activités d'influence que les acteurs exercent sur les élus. Mais pris sous l'angle conceptuel, le lobbying rassemble l'ensemble des activités de pression. Elles revêtent différents aspects selon la transparence qui marque leur exercice. Elles sont ouvertes à l'opinion publique, plus ou moins transparentes ou occultes. Déterminer les conditions pour lesquelles les activités de pression doivent être transparentes et celle où elles nécessitent le secret nous apprendrait davantage non seulement sur les pratiques du lobbying, mais nous permettrait de mieux comprendre l'évolution de l'État.

Liste des ouvrages cités

- Almond, Gabriel et Sidney Verba. 1963. *The Civic Culture*. Princeton : Princeton University Press.
- Archibald, Clinton. 1997. *Assistés sociaux inc.. Lobby et démocratie libérale*. Coll.: Critique - Essai politique. Hull : Éditions Vents d'Ouest.
- Balandier, Georges. 1967. *Anthropologie politique*. Paris : Presses universitaires de France, 3ème édition.
- Baggott, Rob. 1995. *Pressure groups today*. Manchester : Manchester University Press.
- Bégin, Clermont. 1984. *L'implantation de projets de rationalisation dans le domaine des affaires sociales : analyse décisionnelle*. Avec la collaboration de Harold Bérher, Pierre Joubert et Diane Potvin. Sainte-Foy : Université Laval.
- Bergeron, Pierre. 1990. « La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu ». *Recherches sociographiques* 31(3): 359-380.
- Bergeron, Pierre et France Gagnon. 1994. « La prise en charge étatique de la santé au Québec ». Dans *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Sous la dir. de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval : 9-32.
- Boitte, Pierre. 1995. *Éthique, justice et soins de santé*. Montréal : Fides.
- Boydell, Kim D. 1994. « La négociation: une fonction importante des gestionnaires de la fonction publique ». *Optimum* 25 (1) : 19-26.
- Brint, Steven. 1994. *In an age of expert. The changing role of professionals in politics and public life*. Princeton : Princeton University Press.
- Burgelin, Olivier. 1978. « Les effets politiques des mass media ». Dans *Critique des pratiques politiques*, dir. Pierre Birbaum et Jean Marie Vincent. Paris : Éditions Galilée, 23-43.

- Carsley, John. 1995. « L'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec ». Dans *Le système québécois des services de santé et des services sociaux*. Montréal : Aldo-Québec, 9-12.
- Carsley, John. 1995a. « L'incidence sur le système de santé de la *Loi sur les services de la santé et les services sociaux modifiant diverses dispositions législatives de 1991* ». Dans *Le système québécois des services de santé et des services sociaux*. Montréal : Aldo-Québec, 14-20.
- Chambre des communes. 1995. *Rebâtir la confiance*. Sous-comité sur le projet de loi c-43, loi modifiant la loi sur l'enregistrement des lobbyistes et d'autres lois en conséquence. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Chambre des communes - Canada. 1995a. *Compte rendu officiel des débats de la Chambre des communes*. Ottawa : Imprimeur de la Reine.
- Clemens, Elisabeth, S.. 1997. *The People's Lobby*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Couillard, Marie-Andrée et Ginette Côté. 1997. *Les groupes de femmes dans la région de Québec et l'implantation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux*. Coll. : Les rapports du CRSC. Sainte-Foy : Université Laval.
- Crespi, Irving. 1997. *The public opinion process : how the people speak*. Coll. : LEA's communication series. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Association.
- Dahl, Robert Alan. 1961. *Who governs ? Democracy and power in an american city*. New Haven : Yale University Press.
- Demers, Louis, Albert Dumas et Clermont Bégin. 1999. « La gestion des établissements de santé au Québec ». Dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Sous la dir. de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux. Coll. : Politique et économie. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 195-228.
- Dion, Léon. 1967. *Le bill 60 et la société québécoise*. Coll. : Aujourd'hui. Montréal : HMH.
- Dion, Michel. 1997. « Éthique gouvernementale: entre l'élaboration des politiques publiques et leur application ». Dans *L'éthique gouvernementale*. Coll. : Cahier de recherche éthique. Montréal : Fides, 21 : 99-127.
- Dobry, Michel. 1986. *Sociologie des crises politiques*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

- Douglas, Mary. 1981. *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Traduit de l'anglais par Anne Guérin. Paris : François Maspero, 1971.
- Dussault, Patrick et Raymond Hudon. 1999. *Le lobbying comme système de pouvoir et la démocratie. Métaphores et symboles dans le discours des parlementaires canadiens*. Ottawa : Congrès annuel de la Société québécoise de science politique.
- Edelman, Murray. 1971. *Politics as symbolic action*. Chicago : Markham Publishing Company.
- Farley, Michael, Othmar Keel et Camille Limoges. 1995. « Les commencements de l'administration montréalaise de la santé publique (1865-1885) ». Dans *Santé et société au Québec*, sous la dir. de Peter Keating et Othmar Keel. Montréal : Éditions du Boréal : 85-114.
- Fecteau, Jean-Marie. 1989. *Un nouvel ordre des choses: la pauvreté, le crime, l'État au Québec, de la fin du XVIIIe siècle à 1840*. Outremont : VLB Éditeur.
- Fischer, Frank. 1990. *Technocracy and the politics of expertise*. Newbury Park : Sage Publications.
- Forest, Pierre-Gerlier. 1999. « Les questions d'éthique sociale dans le système de santé québécois ». Dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Sous la dir. de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux. Coll. : Politique et économie. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 31-51.
- Freidson, Eliot. 1975. *Doctoring Together*. Chicago : University of Chicago Press.
- Gaucher, Dominique. 1995. « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : De la santé publique à la médecine préventive ». Dans *Santé et société au Québec*, sous la dir de Peter Keating et Othmar Keel. Montréal : Éditions du Boréal : 161-188.
- Gibbins, John R.. 1989. « Contemporary political culture: an introduction ». Dans *Contemporary political culture*. London : Sage, 1-30.
- Giddens, Anthony. 1984. *The Constitution of Society*. Berkeley : University of California Press.
- Gilbert, Margaret. 1992. *On Social Facts*. Princeton : Princeton University Press.
- Granger, Gilles-Gaston. 1967. *Pensée formelle et sciences de l'homme*. Paris : Aubier-Montaigne.

- Haug, Marie et Bebe Lavin. 1983. *Power and health. Consumerism in medicine : challenging physician authority*. Beverly Hills : Sage Publications.
- Hudon, Raymond. 1973. *Le patronage des partis politiques au Québec depuis 1944*. Maîtrise de science politique. No. : 2515. Sainte-Foy : Faculté des sciences sociales.
- Korman, Nancy et Howard Glennerster. 1985. *Closing a hospital. The Darenth Park project*. Occasional papers on social administration. Londres : Bedford Square Press.
- Kratochwil, Friedrich, V.. 1989. *Rules, norms and decisions*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Langlois, Christiane. 1999. *Le virage ambulatoire*. Québec : Les Éditions Deslandes.
- Lemieux, Vincent. 1994. « Les politiques publiques et les alliances d'acteurs ». Dans *Le système de santé au Québec*. sous la dir. De Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval : 105-128.
- Lukes, Steven. 1974. *Power: A Radical View*. London : Macmillan.
- Maioni, Antonia. 1999. « Les normes centrales et les politiques de santé ». Dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Sous la dir. de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux. Coll. : Politique et économie. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 53-76.
- Mansbridge, Jane J.. 1992. « A Deliberative Theory of Interest Representation ». Dans sous la dir de Mark P. Petracca. *The Politics of Interests*. Boulder : Westview Press : 32-57.
- Moran, Michael et Bruce Wood. 1993. *States, regulation and the medical profession*. Buckingham : Open University Press .
- Mooney, Christopher Z.. 1993. « Strategic Information Search in State Legislative Decision Making ». *Social Science Quarterly* 74(1) : 185-198.
- Offerlé, Michel. 1994. *Sociologie des groupes d'intérêt*. Coll. : Clefs Politique. Paris : Montchrestien.
- Olson, Mancur. 1971. *The logic of collective action : public goods and the theory of groups*. Cambridge : Harvard University Press.
- Petracca, Mark P.. 1992. « Appendix. The changing state of interest group research: a review and commentary ». Dans sous la dir de Mark P. Petracca. *The politics of interests*. Boulder : Westview Press : 363-371.

- Petracca, Mark P.. 1992. « The rediscovery of interest group politics ». Dans *The politics of interests*. Boulder : Westview Press, 3-31.
- Pierre-Deschênes, Claudine. 1995. « Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec. 1870-1918 ». Dans *Santé et société au Québec*, sous la dir de Peter Keating et Othmar Keel. Montréal : Éditions du Boréal, 115-132.
- Radcliffe-Brown, A.R.. 1968. *Structures et fonctions dans la société primitive*. Traduit de l'anglais par Françoise et Louis Marin. Coll. : Points: Sciences humaines. Paris : Éditions de Minuit.
- Rauch, Jonathan. 1994. *Demosclerosis. The silent killer of american government*. New York : Times Books.
- Renaud, Marc. 1995. « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État « narcissique » ». Dans *Santé et société au Québec*, sous la dir de Peter Keating et Othmar Keel. Montréal : Éditions du Boréal : 189-217.
- Ricks, Christopher. 1997. « The pursuit of metaphor ». Dans *What's happened to the humanities ?*. Sous la dir. de Alvin Kernan. Princeton : Princeton University Press, 179-197.
- Robert, Vincent. 1996. *Les chemins de la manifestation 1848-1914*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Rochon, Jean. 1988. « Un système en otage ». Dans *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Les publications du Québec : 395-433.
- Rouse, Joseph. 1996. *Engaging Science*. New York : Cornell University Press.
- Sabatier, Paul A.. 1992. « Interest group membership and organization: multiple theories ». Dans sous la dir de Mark P. Petracca. *The politics of interests*. Boulder : Westview Press : 99-129.
- Sartre, Jean-Paul. 1960. *La critique de la raison dialectique*. Livre 1 et 2. Paris : Gallimard.
- Sreberny-Mohammadi, Annabelle et Ali Mohammadi. 1994. *Small media, big révolution*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Taylor, Charles. 1991. « Comprendre la culture politique ». Dans *L'engagement intellectuel. Mélanges en l'honneur de Léon Dion*, sous la dir. Raymond Hudon et Réjean Pelletier. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval : 193-207.

- Truman, David B.. 1968. *The governmental process : political interest and public opinion*. New York : Knopf.
- Turgeon, Jean et Vincent Lemieux. 1999. « La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ? ». Dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*. Sous la dir. de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux. Coll. : Politique et économie. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal : 173-194.
- Turgeon, Jean et Hervé Anctil. 1994. « Le Ministère et le réseau public ». Dans *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. sous la dir. de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval : 79-106.
- Turner, Brian S. 1987. *Medical power and social knowledge*. Newbury Park : Sage.
- West, Charles K., James A. Farmer et Phillip M. Wolff. 1991. « Metaphor, Analogy and Simile ». Dans *Instructional Design*. Boston : Allyn and Bacon : 130-150.
- Wittgenstein, Ludwig. 1930. « Leçon B II. Cours de Cambridge (1930-1932) » p. 30. Dans Schneiter, Louis. 1994. *Quand y a-t-il symbole ?*. Dans « Le signe, le symbole et le sacré ». Mons : *Cahiers internationaux de symbolisme*. no 77-78-79: 45.

Annexe A

Liste des personnes interviewées en 1995

Monsieur André Arthur	<i>Animateur radiophonique à CHRC</i>
Monsieur Raymond Brouillette	<i>Député péquiste de Chauveau</i>
Monsieur Pierre Marsan	<i>Député libéral et critique en matière de santé</i>
Monsieur Denis Giguère	<i>Maire de Loretteville</i>
Monsieur Marc Bradette	<i>Médecin spécialiste à l'hôpital Christ-Roi</i>

Protocole d'entrevue de 1995

1. Dans votre participation aux manifestations, qui vous a supporté dans vos démarches?
2. De quelle façon avez-vous contribué aux manifestations?
3. Quels étaient vos objectifs en participant aux manifestations?
4. De qui avez-vous su qu'il y aurait des manifestations?
5. Par quels moyens vous a-t-on communiqué le lieu et le moment des manifestations?
6. Comment ont été organisées les manifestations?
7. Quels moyens techniques ont été utilisés pendant les manifestations?
8. Qui organisait les manifestations?
9. Qui a participé aux manifestations?
10. Quel était le but des manifestations?
11. Croyez-vous que les manifestations ont été efficaces?
12. Quelles sont vos conclusions quant à la participation de la population dans une manifestation pour influencer la décision du gouvernement?

Liste des personnes interviewées en 1998-1999

Monsieur André Arthur	<i>Animateur radiophonique à CHRC</i>
Monsieur Denis Giguère	<i>Maire de Loretteville</i>
Monsieur Max Gros Louis	<i>Chef de bande de la réserve amérindienne Wendake au moment de la manifestation</i>
Monsieur André Roy	<i>Directeur de département hospitalier à Saint-Sacrement</i>
Madame Margaret Delisle	<i>Députée libérale de Jean-Talon</i>
Madame Diane Barbeau	<i>Députée péquiste de Vanier</i>
Monsieur Robert Cardinal	<i>Maire de Ville Vanier</i>
Monsieur Valois Malenfant	<i>Cadre à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec</i>
Monsieur Denis Carbonneau	<i>Directeur général de l'hôpital Christ-Roi</i>
Monsieur Guy April	<i>Président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital Christ-Roi</i>
Madame Mireille Nadeau	<i>Présidente de la table de concertation des services communautaires de la région de Québec</i>
Monsieur René Lamontagne	<i>Vice-doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval</i>
Monsieur Charles Bussières	<i>Président de l'association des biochimistes à l'hôpital Laval</i>
Madame Lise Martel	<i>Infirmière à l'hôpital Chauveau</i>

Protocole d'entrevue de 1998-1999

1. Quel est votre souvenir des manifestations aux hôpitaux Christ-Roi et Chauveau en 1995 ?
2. À votre avis, quels étaient les principaux enjeux et objectifs de ces manifestations ?
3. Qui étaient les principaux acteurs impliqués dans les deux manifestations ?
4. Comment expliqueriez-vous le succès des manifestations de Christ-Roi et de Chauveau ?
5. Dans une perspective plus large, d'après vous, quels étaient les principaux enjeux et objectifs de la réforme de la santé au Québec ?
6. Qui étaient les principaux acteurs impliqués dans cette réforme ?
7. Comment se prenaient alors autrefois les décisions dans le système de santé au Québec ?
8. Lesquels décident à votre avis, de l'organisation du système de santé au Québec aujourd'hui ?
9. Sur un autre plan, pour la société québécoise, que représentent l'hôpital et le médecin ?
10. Et que représentaient les manifestations pour les différents acteurs impliqués dans la réforme du système de santé ?
11. Dans quelle mesure la réforme a-t-elle été démocratique ?
12. Comment s'est effectué le lobbying dans la réforme du système de santé ?
13. Pourquoi a-t-on fait du lobbying ?
14. Dans quelle mesure pourrait-on considérer les manifestations de Chauveau et Christ-Roi comme des pratiques de lobbying ?
15. À votre avis, pourquoi retrouve-t-on des pratiques de lobbying dans un régime démocratique ?

Annexe B

Revue de presse

- Allard, Pierre *et al.*. 1995. « Signataires communs ». *La Presse* 5 juillet : B2.
- Bernatchez, Raymond. 1995. « Les CLSC se disent prêts à prendre le virage de la santé ». *La Presse* 26 mars : C2.
- Bornais, Marie-France. 1995. « Ils étaient 15000 ». *Le Journal de Québec* 8 juin : 2-3.
- Clément, Éric. 1995. « Stupéfaction dans les 7 hôpitaux menacés. Patients, médecins, cadres et employés sont pris de court ». *La Presse* 11 mai : A3.
- Cousineau, Sophie. 1994. « Assemblée spéciale de la Régie régionale. Les huit objectifs de santé sont adoptés ». *Le Soleil* 27 février : A4.
- Des Rivières, Paule. 1995. « Parizeau tombe à bras raccourcis sur les médias ». *Le Devoir* 16 mai : A2.
- Dubuc, Alain. 1995. « Réforme de la santé et débat démocratique ». *La Presse* 23 mai : B2.
- Fortier, Marco. 1994. « Au moins 45 cadres et 60 syndiqués écopent. Coupes sévères à Robert-Giffard ». *Le Soleil* 3 mai : A1.
- Fournier, Lise. 1994. « À l'hôpital du Saint-Sacrement. Une nouvelle aile, mais pas d'argent pour l'entretien ». *Le Soleil* 18 mai : A3.
- Gagnon, Damien. 1994. « Compressions à Jeffery Hale. Coupes de postes en vue mais pas de mises à pied ». *Le Soleil* 31 mai : A7.
- Gagnon, Damien. 1994. « Fermeture d'hôpitaux. Gagnon-Tremblay contredit Robillard ». *Le Soleil* 11 juin : A16.

- Gagnon, Damien. 1994. « Hôpital du Saint-Sacrement. Bloc pour le gel du statut universitaire ». *Le Soleil* 10 décembre : A13.
- Lachance, Lise. 1995. « Les infirmières sur la touche. Les employés d'hôpitaux tremblent pour leur job ». *Le Soleil* 13 mai : A3.
- Lachance, Lise et Gilbert Leduc. 1995. « Rochon nie qu'une décision soit déjà prise ». *Le Soleil* 1 juin : A6.
- Laplante, Laurent. 1993. « Un CHU n'est pas la potion magique ». *Le Soleil* 23 mai : A4.
- Laplante, Laurent. 1993. « Un geste peu et mal justifié au CHUL ». *Le Soleil* 7 mars : A10.
- Leduc, Gilbert. 1994. « Réorganisation des hôpitaux universitaires dans la région de Québec. Le PQ soutient le projet de réduction ». *Le Soleil* 28 juillet : A7.
- Leduc, Gilbert. 1995. « Dépenses gouvernementales: le calme avant la tempête. Le ministre ménage la fonction publique en 1995-1996, mais le couperet devrait tomber par la suite ». *Le Soleil* 10 mai : C2.
- Leduc, Gilbert. 1995. « Pas rationnel de fermer Chauveau ». *Le Soleil* 31 mai : A10.
- Leduc, Gilbert. 1995. « Rochon sort de ses gonds. Des directeurs d'hôpitaux jouent aux « cheerleaders » ». *Le Soleil* 9 juin : A1.
- Léger, Marie-France. 1995. « Hôpitaux : Montréal veut le même traitement que Québec ». *La Presse* 16 juin : A7.
- Léger, Marie-France. 1995. « Le début de la fin pour sept hôpitaux. La Gazette officielle du Québec a publié les avis de fermeture ». *La Presse* 11 août : A7.
- Lemieux, Louise. 1991. « Côté, toujours prêt à dialoguer ». *Le Soleil* 30 mai : A1-2.
- Lemieux, Louise. 1991. « Les médecins montrent le poing ». *Le Soleil* 17 mai : A1-2.
- Lemieux, Louise. 1992. « Patients hébergés dans les autres hôpitaux de Québec. Le CHUL règle à court terme son problème psychiatrique ». *Le Soleil* 22 octobre : A12.
- Lemieux, Louise. 1992. « Patients refusés ailleurs. Le service de psychiatrie du CHUL déborde ». *Le Soleil* 15 octobre : A1.
- Lemieux, Louise. 1993. « 36 spécialistes de la région ambitionnent d'y regrouper leurs services. Les ophtalmos de Québec pour un Institut de l'œil ». *Le Soleil* 1 avril : A11.

- Lemieux, Louise. 1993. « Après un an de tutelle. Le CHUL réalise un surplus de 2 millions \$ ». *Le Soleil* 18 juin : A3.
- Lemieux, Louise. 1993. « Centres de recherche à l'Enfant-Jésus et à l'Hôtel-Dieu. Subvention de 30 millions \$ ». *Le Soleil* 12 février : A1.
- Lemieux, Louise. 1993. « Il y aura des sages-femmes, réaffirme Marc-Yvan Côté ». *Le Soleil* 27 janvier : A7.
- Lemieux, Louise. 1993. « Le doyen Potvin et le ministre Côté s'affronteront sur le choix des CHU ». *Le Soleil* 17 février : C8.
- Lemieux, Louise. 1993. « Le CHUL aura un nouveau directeur général, d'ici peu. Une corporation autonome administrera le Centre de recherche du Dr Labrie ». *Le Soleil* 8 juin : A3.
- Lemieux, Louise. 1993. « Le ministre autorise l'hôpital de l'Enfant-Jésus à évaluer le projet. Le transfert du service d'ophtalmo du CHUL amorcé ». *Le Soleil* 25 mars : A7.
- Lemieux, Louise. 1993. « Les médecins de l'Enfant-Jésus hésitent à faire place à l'ophtalmologie du CHUL ». *Le Soleil* 29 janvier : A5.
- Lemieux, Louise. 1993. « Les médecins des CHU devraient être salariés ». *Le Soleil* 4 mai : A10.
- Lemieux, Louise. 1993. « L'Hôtel-Dieu prêt à se battre pour obtenir son statut de CHU ». *Le Soleil* 7 avril : B1.
- Lemieux, Louise. 1993. « L'Institut de l'oeil devrait avoir pignon sur rue au CHUL, soutiennent ses médecins ». *Le Soleil* 14 avril : A9.
- Lemieux, Louise. 1993. « Même sans pouvoir disposer des 2 millions \$ qu'il coûte. L'hôpital de l'Enfant-Jésus est intéressé à accueillir le service d'ophtalmo du CHUL ». *Le Soleil* 28 janvier : B6.
- Lemieux, Louise. 1995. « Des lits d'hôpitaux devront fermer, dit Rochon ». *Le Soleil* 14 juin : A11.
- Lemieux, Louise. 1995. « Élimination des petits hôpitaux communautaires. Rochon fonce ». *Le Soleil* 14 juillet : A1.
- Lemieux, Louise. 1995. « Huit directeurs à la défense de la réforme Rochon ». *Le Soleil* 21 juin : A4.
- Lemieux, Louise. 1995. « Pour sauver Chauveau ». *Le Soleil* 7 juin : A1-2.

- Lemieux, Louise. 1995. « Québec ne doit pas être en reste face à Montréal ». *Le Soleil* 26 mai : A7.
- Lemieux, Louise. 1995. « Réplique de l'Association des directeurs généraux d'hôpitaux. Une réforme précipitée: La population est mal informée ». *Le Soleil* 10 juin : A1.
- Marissal, Vincent. 1995. « 4000 lits d'hôpitaux en danger. 3500 postes sont aussi en jeu dans la «reconfiguration» du réseau annoncée par le ministre de la Santé Jean Rochon ». *Le Soleil* 14 avril : A7.
- Marissal, Vincent. 1995. « Le CHUL, l'Hôtel-Dieu et St-François-d'Assise regroupés. Un CHU à trois têtes à Québec ». *Le Soleil* 3 février : A1.
- Myles, Brian. 1995. « 2000 manifestants pour la survie des hôpitaux ». *Le Devoir* 13 juin : A8.
- Normand, Gilles. 1995. « Rochon accuse les libéraux de faire de la «désinformation». Le projet de loi sur la réforme des services de santé devait être débattu toute la nuit ». *La Presse* 2 juin : B4.
- Normand, Gilles. 1995. « Santé: des compressions de plus d'un milliard ». *La Presse* 20 janvier : B10.
- Paquet, Jean-Claude. 1993. « Enfant-Jésus et Saint-François-d'Assise. Fusion prochaine pour devenir CHU ». *Le Soleil* 13 novembre : A3.
- Paquin, Gilles. 1995. « L'Association des directeurs d'hôpitaux endosse la réforme ». *La Presse* 10 juin : A12.
- Paré, Isabelle. 1995. « Fermer deux CHU pour sauver dix hôpitaux ? Les «victimes» dénigrent les critères retenus par la Régie de la santé ». *Le Devoir* 14 juin : A3.
- Paré, Isabelle. 1995. « Réforme de la santé à Montréal: la Régie devrait maintenir le cap des fermetures. Deux hôpitaux spécialisés seraient épargnés ». *Le Devoir* 27 juin : A3.
- Paré, Isabelle. 1995. « Réforme de la santé. Québec met la charrue devant les boeufs, disent les hôpitaux ». *Le Devoir* 18 mai : A2.
- P.C.. 1995. « D'accord pour des changements: la CSN veut quand même un report des décisions de la régie. Québec agit trop vite pour des transformations d'une telle ampleur ». *Le Soleil* 16 juin : A8.
- P.C.. 1995. « Des milliers de citoyens descendent dans la rue pour s'opposer aux fermetures d'hôpitaux ». *La Presse* 8 juin : A2.

- P.C.. 1995. « Hôpitaux: le Québec n'est pas au bout de ses peines. Jean Rochon dévoile le véritable objectif: la fermeture de 4000 lits ». *Le Devoir* 7 juin : A5.
- P.C.. 1995. « La présidente de la Fédération des infirmières réclame un moratoire ». *La Presse* 13 mai : A8.
- P.C.. 1995. « Une nouvelle coalition contre les compressions du ministre Rochon. «Un moratoire avant de mettre en péril la santé des gens». *Le Soleil* 12 juin : A8.
- Pelchat, Pierre. 1993. « Aucune économie à tirer de la fusion de l'Enfant-Jésus et de St-François-d'Assise ». *Le Soleil* 24 novembre : A5.
- Pelchat, Pierre. 1993. « Compressions: pas question de fermer des hôpitaux ». *Le Soleil* 11 décembre : A6.
- Pelchat, Pierre. 1994. « Centres universitaires. L'hôpital du St-Sacrement n'est plus dans la course ». *Le Soleil* 15 novembre : A7.
- Pelchat, Pierre. 1994. « Coupes dans les hôpitaux. Pas d'autres réductions prévues ». *Le Soleil* 29 janvier : A6.
- Pelchat, Pierre. 1994. « Fusion des hôpitaux. St-Sacrement et l'Enfant-Jésus ». *Le Soleil* 14 décembre : A7.
- Pelchat, Pierre. 1994. « La faculté de médecine prône la fusion de deux ou trois établissements. Laval veut contrôler les hôpitaux universitaires ». *Le Soleil* 21 septembre : A3.
- Pelchat, Pierre. 1994. « La faculté de médecine refuse de reconnaître le nouveau CHU ». *Le Soleil* 17 décembre : A9.
- Pelchat, Pierre. 1994. « Le 14 novembre, une date importante pour le sort des hôpitaux universitaires ». *Le Soleil* 19 octobre : C8.
- Pelchat, Pierre. 1994. « Le CHUL, Laval et St-Sacrement veulent le titre de CHU. Course à la fusion d'hôpitaux ». *Le Soleil* 28 septembre : A2.
- Pelchat, Pierre. 1994. « L'Hôtel-Dieu veut fermer plusieurs lits ». *Le Soleil* 17 mai : B3.
- Pelchat, Pierre. 1994. « Plus de lits seront fermés cet été ». *Le Soleil* 21 juin : B6.
- Pelchat, Pierre. 1994. « Prochaine étape des compressions dans les hôpitaux. Fusions et regroupements de services ». *Le Soleil* 11 juillet : A1.

- Pelchat, Pierre. 1994. « Quatre centres perdraient leur statut d'hôpital universitaire. Ajout d'un institut de recherches en santé proposé à Québec ». *Le Soleil* 27 juillet : A1.
- R.-Corrivault, Martine. 1992. « L'optimiste imprudent ». *Le Soleil* 10 juillet : A10.
- Roy, Johanne. 1995. « Les culottes d'incontinence sont comptées ». *Le Journal de Québec* 7 juin : 5.
- Roy, Johanne. 1995. « Les régies tentent de calmer la tempête ». *Le Journal de Québec* 8 juin : 2.
- Roy, Johanne. 1995. « Une chaîne humaine pour la survie de Christ-Roi ». *Le Journal de Québec* 31 mai : 3.
- Samson, Claudette. 1994. « Point de Repères ira dans les piqueries ». *Le Soleil* 25 mars : A7.
- Samson, J. Jacques. 1995. « Un peu de compassion, M. Rochon. On drogue les patients apeurés par les coupes ». *Le Soleil* 29 mai : A10.
- Samson, J. Jacques. 1995. « Un virage bien négocié ». *Le Soleil* 15 juin : A14.
- Venne, Michel. 1995. « Parizeau appuie entièrement ses ministres Rochon et Garon. «Enfin, on va pouvoir réagir de façon intelligente», a-t-il dit au sujet des fermetures d'hôpitaux ». *Le Devoir* 17 mai : A2.
- Vinay, Patrick. 1993. « Notre système hospitalier est à un tournant majeur ». *Le Soleil* 20 mai : A19.

Annexe C

Normes

La gestion

Choix

« C'étaient des choix qu'il fallait faire ».

Contrôle

« Il faut s'assurer que les services sont rendus et qu'ils sont toujours disponibles ».

« Il fallait gérer le conseil d'administration, les drames au conseil d'administration... ».

Coupures budgétaires

« Ici, en tous les cas au Québec, dans le système de santé, il y a une coupure à faire. C'est rendu exorbitant ».

Décision

« Mais de toute façon, tout le monde accepte, qu'il faut qu'il y ait une décision de prise. Ça prend quelqu'un qui décide ».

Efficacité

« ... ça demeurerait un peu un vœu pieux dans le sens où on voudrait bien que ça change, on voudrait bien que ce soit plus efficace, que ce soit ci, que ce soit ça ».

Innovation

« Ça manque aussi beaucoup, justement, d'innovation ».

Planification

« Il fallait prévoir et faire en sorte d'être un support aussi pour les membres dans le temps ».

« Ça a été très important au niveau de la négociation, de prévoir des mécanismes qui faisaient en sorte que nos salariés, nos membres ne tombaient pas dans la dèche ».

« Ça n'a pas été bien planifié. D'après moi, quand on fait une réforme de même, on peut pas couper du jour au lendemain à la hache. Ça se fait pas radicalement comme ça s'est fait de même ».

Rationalisation

« Pas dans les décisions fondamentales, parce que il y avait une nécessité de faire une réforme. On peut très bien discuter sur les parties de la réforme, on aurait pu faire comme ci, comme ça, mais sur tous les objectifs, le mot de la réforme, il y avait un certain consensus, il y avait une entente ».

« Le temps était venu d'agir. On a trop retardé. On ne pouvait plus sur le fond reculer, pour le bien de l'ensemble du système de santé public à moyen terme ».

« Dès le départ, on était conscient qu'il fallait qu'il ait une réforme dans le service de la santé, parce que ça coûte énormément cher ».

« C'est une réforme qui était nécessaire ».

« Ben nous autres, on savait qu'il fallait faire une réforme, mais on ne savait pas nécessairement combien d'hôpitaux on fermerait, si on en fermerait, on ne peut pas dire ça ».

« Je pense que les libéraux savaient que c'est ça qu'il fallait faire ».

« C'était une réforme, il fallait qu'elle se fasse ».

« Parce qu'on ne pouvait plus continuer comme ça à cause des coûts astronomiques que représente le système et de l'inefficacité du système, ne l'oublions pas, et les besoins grandissants et qu'on n'a pas beaucoup d'argent ».

« Dès le départ, on était conscient qu'il fallait qu'il y ait une réforme dans le service de la santé, parce que ça coûte énormément cher ».

« Elle a accepté et elle a compris en fin de compte que, euh, on ne pouvait pas maintenir les règles du jeu qui existaient à l'heure actuelle, ça coûtait beaucoup trop cher, et on s'en allait dans un cul-de-sac. Fait que au niveau financier, mais dans un cul-de-sac aussi au niveau de l'offre à la population ».

« Je pense que le gouvernement a un déficit important. Il doit couper. Faut que quelque part il coupe dans le domaine de la santé. »

« Il y avait un manque d'argent, ça c'est flagrant. On était endetté au maximum, il fallait qu'il y ait des coupures qui se fassent de ce côté, et ces coupures se faisaient en fonction de la réforme qui se faisait, et qui n'est pas terminée ».

La démocratie

Concertation

« ...ce qu'on lui enlevait pour le donner à quelqu'un d'autre, et au lieu de créer je dirais une concertation autour de ça, de dire « on va s'asseoir », « on va se retrousser les manches ensemble », « on va faire quelque chose », que de diviser au contraire ».

Consensus

« C'est ça qui était important : qu'il y ait un fort consensus sur cette réforme ».

Transparence

« Il fallait être transparent nous autres, on pouvait pas, on pouvait pas entrer dans le jeu du lobbying ».

« Nous, il fallait que notre décision soit transparente ».

« Les choses devraient être évidentes ».

La santé

Accessibilité

« Parce que c'est clair dans notre tête, que l'accessibilité, on ne la remettra pas en question. Jamais ! La privatisation, ce n'est pas notre dada nous autres, mais pas du tout dans le régime de santé. ».

« ...c'est là que se ramassait toute l'information afin de prendre les meilleures décisions possibles pour conserver l'accessibilité, la qualité et les services avec la population ».

Services

« Les services de santé, il n'y en a jamais trop ».

Vie

« Une vie, ça n'a pas de prix ».

Annexe D

Métaphores

Symbole

L'hôpital

Intimité

« J'exagère un peu, mais quand même, les équipes, les milieux. Christ-Roi, Chauveau, Jeffery Hale, c'étaient des familles. Les gens se connaissaient beaucoup plus ».

« Et puis on n'est pas perdu dans l'hôpital, on sait où est la cafétéria, on sait où est la radiologie, on a juste à monter au premier, on va descendre au sous-sol pour se faire prendre des prélèvements, ça devient petite maison intime. Entre guillemets, l'intimité est là ».

Sécurité

« Il y a bien des gens en plus qui avaient des cartes d'hôpital, qui en avaient cinq, six, et quand ça ne faisait pas leur affaire, ils allaient à une place, ils allaient à une autre. Ma grand-mère était une personne qui avait cinq cartes. Ma grand-mère a connu les médecins en résidence, et ensuite elle allait voir les médecins à son cabinet, et ensuite voir les médecins à l'urgence. Pis elle n'était certainement pas la seule à faire ça. Quand ça a commencé au début des années soixante-dix, c'était comme si c'était la panacée. On a abusé de notre système de santé. Alors on en a tous plus que profité ».

« Ce qui fait que, c'est aussi beaucoup ça qui fait que jamais personne jusqu'à date, qui s'était attaqué au château fort des hôpitaux, des médecins et tout ça ».

Conflit

« il faut que ça soit au même endroit. Il faut qu'on arrête de tergiverser, il faut qu'on arrête, il faut que les gens décident, malgré les petites, les petites guerres de royaumes, et... ».

« Et la majorité des problèmes qu'on a vus, c'étaient des problèmes de rivalité, de petits empires. Il y avait aussi des hôpitaux qui jouaient des cartes politiques, en particulier Saint-François d'Assise, avec Gérard Roy, qui était un bon péquiste, un chum à Pierre-Marc Johnson ».

« Il y a des chasses gardées, il y a une problématique. Alors je pense qu'on a soulevé le peuple à partir, je pense, de la résistance des hôpitaux, fondée ou non, il y a certainement des choses qui sont fondées. Mais cette résistance, cette chicane qui existe entre les hôpitaux, pis un qui dit : « touche-moi pas une miette, touche à l'autre à la place » ».

« C'est à ça qu'on voudrait, je disais tantôt qu'on ne s'attaquait pas aux bonnes affaires, c'est à ça que tout le monde voudrait s'attaquer, mais en même temps, comme je vous dis, il y a des parties de ça qui se sont réglées au cours des temps, mais il en reste beaucoup, il y a des chasses gardées, il y a toutes sortes de choses, d'enjeux politiques et autres, qui font que il y a des choses qui sont intouchables, pour moi qui vont prendre beaucoup de temps à changer. »

Productivité

« Les docteurs qui étaient en place et qui s'en allaient dans ces usines-là, dans ces milieux-là. »

« Et le syndicat de boutique c'est pas pareil. Alors ce qui fait qu'à l'autre bout, c'est des décisions qui sont difficiles à prendre, et de s'intégrer ensemble, ça n'a pas fonctionné ».

La Régie régionale

Contrôle

« Parce que dans le contexte où c'est arrivé, ils n'avaient pas les moyens de faire autrement, mais je dirais qu'ils n'ont pas été à la hauteur. Ce qui fait que d'ailleurs, ils n'ont pas, comment je dirais, ils ont été utilisés pour faire les choses très concrètes. Ça comme été les bras du ministre pour dire : « ben on va faire telle et telle action » ».

« Pour moi c'est devenu des instruments politiques du ministère ».

« Ça devient des instruments de réalisation des mandats du ministère ».

« La Régie régionale, ça n'a jamais été autre chose que l'écho du ministère à Québec ».

Conflit

« T'as placé un mot pour rationaliser, dans le fond, t'es l'exécutoire final dans ce sens-là ».

« Alors ils [les membres de la Régie] se sont retrouvés avec la patate chaude. Mais en même temps, ce n'est pas sûr qu'ils étaient si appuyés que ça pour jouer ce rôle-là jusqu'au bout ».

Les médecins*Caste*

« Ah mon dieu ! Comme je vous dis, les médecins, c'est quand même une forteresse assez impressionnante. Qui s'attaque aux médecins a besoin de s'y prendre de bonne heure ».

« Le mur de ciment des médecins là ».

« Parce que le plus fort, il y a des batailles rangées au niveau des clans médicaux ».

Pouvoir

« Quand t'es malade, ton médecin, c'est bien important. Il y a même quelqu'un qui m'a dit qu'ils étaient les nouveaux curés dans leur ville ».

« Mais c'est aussi historiquement, les médecins ont toujours joué un rôle plus social, le médecin, quand il disait quelque chose, c'était bien important. C'était comme le curé de la place ».

« Je connais l'infirmière, pis le docteur untel, c'est quasiment mon chum, et ça fait tellement d'années ».

« C'est une forme de pouvoir. Parce que ta santé, n'importe qui, t'es malade, tu vas aller voir quelqu'un qui va te rassurer, qui va te guérir, c'est comme dieu ».

Productivité

« L'urologue, il fallait qu'il les [les patients] opère à quelque part! Mais les médecins ne voulaient pas. Ils disaient, « donne-nous ta clientèle »! C'est comme de la business, c'était carrément ça.».

Conflit

« Moi, j'ai vu des guerres de médecins ».

Les ministres*Pouvoir*

« De toute façon, Rochon c'était vraiment le formeur, le formateur de la santé ».

« Marc-Yvan Côté, est-ce que c'était un médecin comme Rochon. Du tout, du tout. C'était un beu. [il rit]. C'était un beu de la politique ».

Autorité

« Ils ont essayé d'ailleurs. Moi, je me souviens, j'étais attaché politique dans le temps. Je travaillais pour un député, à l'Assemblée des députés, et Marc, la Régie régionale, c'était le début de la réforme. Il commençait avec ça. Il a fait son beau show de preacher, et là, « on va faire une belle réforme », c'était la réforme Rochon ».

« C'est pour ça que les partis là-dedans, et qu'en plus Jean Rochon, c'est un one man show là-dessus ».

La réforme

Contrôle

« Monsieur Rochon, à mon avis, bon, vous vous rappelez qu'il avait présidé la commission Rochon, il avait été nommé par le P.Q., quand nous on avait pris le pouvoir en 1985, il était là, c'était son bébé ».

« Un document de consultation qui a été soumis par la Régie, dans lequel on retrouvait les grandes cartes, qu'est-ce que serait le CHUQ ».

« Il savait comment déplacer ses pions, les pions étant les morceaux du puzzle, et puis, lui, il l'avait dans sa tête ».

Conflit

« Moi, c'est ce que je pense. Bon. Ça devient des guerres de pouvoir, des guerres de milieux, les gens sont fatigués de ça ».

« Question : La réforme, ça aurait dérangé cette structure de châteaux forts? Réponse : Ça a créé une guerre de structure ».

« Donc, c'était une révolution. On ne s'imagine pas des fois à quel point ce sont des changements importants pour une région comme Québec, est une région tranquille aux portes. C'est une région tranquille aux portes la région de Québec ».

Improvisation

« Toute la question, c'est de savoir qu'est-ce qu'il y a de si obscur dans le tableau, c'est comme si j'avais pris trois, quatre gallons de peinture, je les tire sur le tableau, et je demande au gars « Que c'est que ça représente pour toi ? » Je ne le sais pas ».

Les activités de pression

Manipulation

« Si le président, le directeur de telle affaire, dépose ton mémoire, il ne fait que le déposer et l'expliquer devant la commission parlementaire, si il n'a pas tiré des ficelles, ça ne marchera pas. La façon de les tirer, ça prend tes gars en place ».

« Alors à Saint-Sacrement, excuse-moi, c'est une période que j'ai appelée le plotage des établissements ».

« Chacun regardait qui offrait le plus et ça fait que j'ai appelé ça du plotage de réseau. Il n'y avait plus personne pour parler des clients ».

« Comme ça, il y a eu des tentacules pour faire en sorte que ça a été monté comme tel. Indépendamment de ça je pense, ça a été quand même des hôpitaux qui étaient bien incrustés dans leurs milieux ».

« La perception que pour qu'il faut que ça marche, il faut payer, il faut donner des faveurs pour essayer d'en obtenir une. Parce que c'est, tu sais en amour, ou en couple, il y a des faveurs, qui se fait des faveurs, et la nature de l'humain s'est transportée dans les valeurs par la suite, dans des valeurs autres ».

Conflit

« Alors là, on a eu une bataille à mener autour du Jeff aussi. Bon, ça a été plus politique là-bas, la bataille peut-être de toute façon, on les a pris plus par surprise. Mais la bataille a eu lieu quand même dans ce sens. Des résistances au changement, c'est, qu'il y a des symboles ».

« Parce que les joutes étaient fortes ».

La Faculté de médecine de l'Université Laval

Force occulte

« Et quand on regarde ça aussi, et bien, il y a le fantôme de l'Université en-dessous de tout ça, parce que ils ont réussi à peu près à arriver aux objectifs de l'Université ».

Les manifestants

Désapprobation

« Si vous avez entendu le discours de Raymond Brouillette, le député de Chauveau qu'on a diffusé à la radio. Il a été noyé par une mer d'insultes pendant à peu près trois minutes. Ça ressemblait à Causcescu en Roumanie ».

Solidarité

« Et les gens agitaient ce drapeau, c'était une marée, vous savez comme une vague qui se promenait. Tu vois l'hôpital? C'était de toute beauté à voir. Quand les gens

levaient un drapeau, et qu'ils agitaient leur drapeau, d'en haut, je pense qu'il n'y avait pas vingt pieds carrés de libre. Et ça, c'était pareil comme une vague ».

La manifestation

Rivalité

« Je déteste ce que je vais dire, mais il y a aussi le phénomène André Arthur, qui avait pris à mon avis, sur ses épaules, cette croisade ».

« Il n'a pas soufflé mot du devoir que j'ai fait, et il avait, il le dit dans son texte : « nous avons parmi nous dans l'assistance un héros, Pierre Marsan député libéral, qui grâce à lui nous a réveillés, nous a évité des catastrophes, le pire, l'épouvantable de toute. Il est dans l'assistance, vous aurez l'occasion dans le cours de la soirée de l'entendre. Il va vous adresser la parole. Pas un mot, et le député qui depuis quinze jours travaille avec eux. On fait à part, on fait à même affaire hein, on a affaire à un candidat libéral, l'intention avant les élections, bon. Là, il y a le fourratoire ».

Convivialité

« Ça été un événement, ça a été plus un happening ».

« Il faisait beau, il ne faisait pas frais. Tout ça en même temps, ça l'a fait un happening en fin de compte ».

« C'est devenu une espèce de fête populaire ».

« C'était un gros party ».

« Quand les gens vont regarder ça à un moment donné, loin de la tempête qui a eu autour de ça là, ».