

**Préserver la capacité d’agir des communautés
et l’agilité des structures
pour que la prévention demeure un acquis du
réseau de la Santé et des Services sociaux**

**MEMOIRE SUR LE PROJET DE LOI MODIFIANT L’ORGANISATION ET LA
GOUVERNANCE DU RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX
NOTAMMENT PAR L’ABOLITION DES AGENCES REGIONALES
Projet de loi no. 10**

**Soumis à la Commission de la santé et des services sociaux
et à Monsieur Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux**

par

**Denis Bourque, Ph.D.
Professeur en Travail social – Université du Québec à Gatineau
Titulaire de la Chaire de recherche du Canada
en organisation communautaire – UQO
René Lachapelle, Ph.D.
Professionnel de recherche, Chaire de recherche du Canada
en organisation communautaire – UQO**

16 octobre 2014



Brève présentation de la CRCOC - UQO

La Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC) a débuté ses activités le 1^{er} janvier 2008. Elle est située à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et possède son propre site Internet : <http://www.uqo.ca/croc/>. Elle fut la première chaire en travail social reconnue par le programme des chaires de recherche du Canada <http://www.chairs.gc.ca/>. Ce dispositif de recherche se consacre à produire des connaissances visant le développement de l'organisation communautaire dans le service public et dans le milieu communautaire par la compréhension des conditions de succès et de renouvellement de cette pratique confrontée à la transformation des politiques et services publics, à celle des communautés ainsi que des mouvements sociaux. La chaire favorise un renouvellement des pratiques basé sur les meilleurs processus favorisant le développement des communautés par l'accession des populations au rang d'acteurs sociaux. Elle souhaite associer les professionnels concernés, les organismes qui les emploient ainsi que les milieux où se pratique le développement de territoire à la définition, la réalisation et la diffusion des connaissances produites par la recherche.

Depuis sa création, la Chaire a publié plus de 10 études sur les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), 8 études sur le développement des communautés et les approches intégrées et une série de recherches comparées du Québec avec la France et le Sénégal. Le titulaire de la Chaire est régulièrement invité comme conférencier dans le cadre d'activités organisées par des CSSS, des Agences de la Santé et des services sociaux, des Conférences régionales d'élus, des CLD, etc. On peut retrouver la majorité de ces réalisations dans une documentation accessible en ligne (<http://w4.uqo.ca/croc/Publications.htm>).

Propositions d'amendement au Projet de loi no.10

Les CISSS et leur milieu

Tel que l'indique le titre de notre mémoire, la CRCOC est préoccupée par le sort que le Projet de loi no.10 réserve au palier local du réseau de services de santé et de services sociaux. Depuis la mise en place des centres locaux de services communautaires (CLSC) en 1972, le Québec s'est taillé une place de choix à l'échelle mondiale dans la mise en œuvre d'une approche innovante de la santé que l'Organisation mondiale de la santé a confirmée en 1986 dans la *Charte d'Ottawa*. Les diverses réformes du réseau public ont par la suite toujours fait place à la prévention et la promotion comme fonctions de base de santé publique et comme avenue d'action efficace en première ligne des soins de santé et des services sociaux. L'article 25 du Projet de loi no.10 spécifie d'ailleurs que la répartition des ressources devra se faire « en tenant compte des particularités de la population » dans une perspective « de leur utilisation économique et efficiente ». Il s'inscrit en ce sens dans le droit fil de la responsabilité populationnelle que la Loi sur les services de santé et les services sociaux confiait aux CSSS (art.99.2 à 99.8).

Cependant la disparition des instances locales au profit d'un établissement intégré constitué sur une base régionale, à l'exception des cinq établissements de Montréal et des quatre établissements suprarégionaux, soulève de grandes inquiétudes. Si l'identification des besoins de la population comporte une dimension statistique et technique qui peut être assumée sur une base régionale, elle a besoin pour devenir effectivement efficace d'un type de connaissances d'ordre relationnel qui permet de contextualiser les données, mais surtout d'adapter les actions et les programmes aux caractéristiques sociocommunautaires et culturelles des collectivités locales. Cet enjeu de l'adaptation des politiques et des interventions publiques comme condition même de leur efficacité a été identifié dans la Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016. Le gouvernement du Québec y fait état de la nécessité d'«actions structurantes, plus cohérentes et plus modulées de la part du gouvernement, sur les territoires du Québec. » (p.31) et des démarches de concertation allant du bas vers le haut permettant de coordonner les efforts et de moduler l'action du gouvernement de façon plus pointue. (p. 71). La Stratégie met de l'avant des principes pour guider les interventions dont la concertation entre élus et acteurs socioéconomiques s'appuyant sur les aspirations et la mobilisation des collectivités; l'action

gouvernementale modulée en reconnaissant la spécificité des territoires; la cohérence et l'efficacité des planifications et des interventions sur les territoires.

Les territoires dont il est question ici sont locaux et correspondent aux MRC. L'Initiative de partage des connaissances et de développement des compétences (IPCDC) tout comme les démarches de caractérisation des communautés réalisées par les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) ont bien documenté ces processus. D'ailleurs, le Document d'accompagnement à la Stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires 2011-2016 précise en page 59 que « la caractérisation des collectivités est un outil permettant d'agir de façon modulée sur les conditions de santé et de bien-être, notamment en adaptant les interventions aux situations concrètes ». Nos propres recherches ont mis en évidence l'importance d'une première ligne souple, où la proximité des services repose non seulement sur leur accessibilité physique, mais aussi sur les rapports dynamiques entre l'établissement et son milieu et les rapports personnalisés avec le personnel, dont les gestionnaires, du réseau local de services.

Cela nous amène à considérer que le Projet de loi gagnerait à être amendé de façon à préserver la formule des plans d'action locaux pour tous les services de nature préventive et de promotion de la santé. En ce sens, les articles 102 et 104 du Projet de loi devraient être modifiés et rédigés de façon à protéger la capacité des partenaires locaux de faire valoir les « spécificités locales de la population » dont le CISSS devra tenir compte. L'article 105 spécifiant que les mesures à prendre doivent être « élaborées en concertation, notamment, avec les autres établissements publics [...] ainsi qu'avec les organismes communautaires concernés » utilise le terme « de la région ». Nous croyons qu'il faut plutôt que cela se fasse à l'échelle de la communauté locale soit généralement la MRC. Pour corriger ce qui constitue à notre point de vue une lacune importante, nous proposons

- **Que les CISSS maintiennent non seulement le panier de service des CLSC qu'ils intègrent, mais aussi leur approche communautaire**, notamment
 - **Par la mise en place dans chaque CISSS d'une direction des services communautaires par territoire local (MRC, arrondissement ou quartier en région métropolitaine)** dont la fonction serait, entre autres, d'assurer la liaison

entre le CISSS et ses partenaires locaux et de favoriser l'adaptation de l'offre de services aux besoins et particularités du territoire local ;

- **Par le maintien des services de soutien à l'action communautaire autonome** conformément à la politique nationale de reconnaissance de l'action communautaire, *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* (Québec, 2001) ;
- **Par la protection des effectifs** des services d'organisation communautaire afin d'assurer à toutes les communautés locales le soutien requis pour leur développement global ;
- **Par la territorialisation des services d'organisation communautaire** sur la base des communautés identifiées dans la démarche de caractérisation initiée en santé publique ;
- **Par la reconnaissance des instances de concertation** réunissant les organismes communautaires, les établissements institutionnels et les autres acteurs collectifs des communautés locales ;
- **Par l'obligation de s'investir dans le développement des communautés** afin d'améliorer la santé des populations, notamment par le soutien à l'action sur les déterminants de la santé.

La performance du système de santé, y compris le contrôle des coûts à long terme, dépend de sa capacité de prioriser la prévention et la lutte contre les inégalités sociales de santé par une action collective sur les déterminants de la santé. Dans son troisième rapport paru en 2007, le Directeur national de santé publique affirme que les problèmes de santé sont, dans une large mesure, évitables. Ils découlent des conditions de vie, de l'environnement social et physique, ainsi que des comportements et des habitudes de vie. Le premier ministre Couillard lui-même déclarait le 21 mai dernier dans son discours d'ouverture de la nouvelle législature de l'Assemblée nationale : «Le système de santé lui-même ne compte que pour 30 % des déterminants de la santé. Le reste est constitué des éléments suivants :

- L'âge, le sexe, le patrimoine biologique des individus;

- Le niveau socioéconomique;
- L'emploi et les conditions de travail;
- L'éducation;
- Les habitudes de vie;
- L'environnement physique;
- La petite enfance;
- Le tissu et le soutien social, ce qui inclut l'expression culturelle.

Un État qui se préoccupe de la santé doit donc conserver un horizon qui inclut, bien sûr, le système de soins, mais aussi le dépasse largement ».

Le réseau public de santé et de services sociaux doit s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé avec l'engagement actif des communautés et de la société civile auxquels s'adressent précisément les services d'organisation communautaire des CSSS qui seront intégrés dans les CISSS. Les professionnels en organisation communautaire ont pour tâche principale de soutenir et rendre plus efficace l'action collective menée localement par les citoyens, les groupes communautaires et les institutions (municipalités, écoles, etc.) qui veulent changer les problèmes qui les confrontent en réponses adaptées à leurs besoins.

Depuis la création des CLSC il y a 40 ans, le Québec peut compter sur les services d'organisation communautaire qui ont participé à changer les conditions et les milieux de vie. Ils ont contribué à la mise en place d'une série de ressources communautaires dont les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, les services de garde à la petite enfance, les centres d'action bénévole, les maisons des jeunes, les coopératives d'habitation, les services alternatifs en santé mentale, nombre d'entreprises d'économie sociale et de groupes d'entraide, etc. Sans ces ressources communautaires, les services institutionnels seraient submergés. Elles ont cependant besoin des services professionnels dispensés par les organisateurs communautaires qui les aident dans leur fonctionnement et leur développement afin d'être plus efficaces dans l'atteinte de leurs objectifs propres. Toutes ces ressources communautaires et les autres formes d'engagement communautaire comme les comités de citoyens, les tables de quartier, etc. font en sorte que les citoyens et citoyennes du Québec peuvent agir sur leurs problèmes collectifs et avoir une prise sur leur avenir. Il est dans l'intérêt du gouvernement et des services publics que la capacité d'action collective et de prise en main par les communautés soit optimisée. L'importance des défis collectifs au Québec comme le vieillissement, la pauvreté, la revitalisation des territoires, de même que la demande de prise en charge de ces enjeux par les citoyens et les communautés, doit

inciter le ministre de la santé et des services sociaux à préserver, voire à développer les services en organisation communautaire dans tous les CISSS du Québec.

La mission fondamentale du réseau de la santé et des services sociaux est d'améliorer l'état de santé des populations ce qui ne relève pas seulement d'une expertise de planification, mais d'une expertise professionnelle en organisation communautaire qui: 1- renforce la société civile par des interventions qui visent le développement de l'action communautaire, celui des organismes communautaires et bénévoles, ainsi que la participation citoyenne; 2- favorise l'adaptation des interventions publiques aux besoins et réalités des populations visées, et 3- soutien le développement des communautés par la concertation des acteurs locaux et la participation des populations concernées.

L'organisation communautaire en CSSS a développé une expertise qui allie un savoir pratique des organisations et des territoires, à des interventions fondées sur des compétences stratégiques. Cette expertise et ces compétences s'inscrivent dans une finalité que l'on peut résumer ainsi : faire des citoyens et des communautés des acteurs de leur santé, et les établissements publics des promoteurs et des partenaires du développement des communautés en santé.

Les CISSS et leurs ressources humaines

Une recherche menée entre 2006 et 2008¹ sur les effets du processus de regroupement des CSSS sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) a permis d'identifier comment cette création a été vécue par les intervenants, les cadres, les organisateurs communautaires, et par les partenaires du communautaire et de l'économie sociale. Cette recherche a démontré que les rapports de partenariat ont peu bougé en termes de services effectivement rendus aux personnes en PALV, mais nous avons partout entendu l'expression d'appréhensions soulevées par l'alourdissement des cadres administratifs et le choc de cultures entre le communautaire et l'hôpital dont le poids est déterminant dans les CSSS. Il y a unanimité pour identifier un alourdissement administratif par rapport à la situation qui prévalait dans les services aux personnes en perte d'autonomie dans les CLSC.

¹ Denis Bourque, René Lachapelle, Sébastien Savard, Marielle Tremblay et Danielle Maltais [2010], *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires. Rapport de recherche*, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier 1004, décembre, 175 p.

Les CSSS et les réseaux locaux n'ont pas atteint le stade de la fluidité recherchée, d'une part parce qu'il y a un alourdissement de la gestion, notamment du fait de la grande centralisation et des contrôles qui en découlent, mais aussi, d'autre part, parce que les ressources ne sont pas au rendez-vous. Les acteurs concernés n'ont pas eu l'occasion de s'approprier la logique de ce changement. Les CSSS ont eu l'obligation d'élaborer des projets cliniques sans argent neuf. Ce n'est certainement pas le meilleur incitatif pour que les partenaires se mobilisent autour de la réponse à apporter à des besoins collectivement ciblés. Les gestionnaires que nous avons rencontrés sont porteurs des changements amorcés ou souhaités, mais les intervenants qui n'ont pas participé aux choix stratégiques, les vivent comme un changement sans lien avec les exigences de leur pratique. Ces constats quant à une gestion déficiente du changement trouvent écho dans l'évaluation réalisée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2010. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Gouvernement du Québec, mai, 105p.).

C'est pourquoi nous proposons :

- **Que les CISSS associent à l'échelle des diverses communautés locales le personnel des programmes-services à la mise en œuvre de la réforme**, notamment
 - **Par une organisation du travail qui favorise le travail en équipe** disciplinaires ou multidisciplinaires des organisatrices et organisateurs communautaires, des intervenantes et intervenants sociaux et des professionnels de la santé de façon à leur donner voix au chapitre quant à l'organisation des services à la population ;
 - **Par la reconnaissance des communautés de pratique et des initiatives de codéveloppement des compétences** afin à la fois d'entretenir la motivation professionnelle et de favoriser l'amélioration des pratiques ;
 - **Par l'adoption de processus de transformation qui**, tout en mettant fermement en marche les changements, **respectent le rythme d'appropriation** des intervenantes et intervenants et minimisent les impacts négatifs en termes de déplacement de personnel.

La gestion du changement : les leçons de la création des CSSS

En guise de conclusion, nous nous permettons de reprendre quelques grandes conclusions tirées de la recherche déjà citée que nous avons menée sur l'impact de la création des CSSS sur les services en PALV. Le regroupement des établissements en 2003-2004 a provoqué beaucoup de bouleversements et généré des changements qui n'étaient pas mineurs. Dans la majorité des cas, la mise en place des CSSS a été réalisée à partir de la fusion d'organisations qui avaient des missions très différentes et fonctionnaient selon une culture organisationnelle qui leur était propre. Une telle opération appelait une stratégie de gestion adaptée et pertinente, car les obstacles s'avéraient inévitablement nombreux et sérieux.

Il nous est rapidement apparu que plusieurs intervenants ne se sont pas sentis engagés dans la création des CSSS et l'élaboration des projets cliniques. Pourtant, ces deux actions avaient pour objectif de créer un réseau intégré de services dans lequel les différents acteurs voient leur rôle et leur mandat structuré dans un continuum de services assurant leur continuité et une qualité de réponse aux besoins.

Notre analyse du processus de fusion des établissements et de réalisation des projets cliniques s'appuie sur la littérature américaine et britannique. Évidemment, les contextes et réalités de ces deux pays sont forts différents de ceux du Québec, ce qui nous oblige à la prudence dans la transposition des apprentissages que l'on en retire, mais elle permet tout de même de faire ressortir des éléments qui peuvent alimenter la réflexion. Trois ensembles de facteurs se dégagent de cette recension quant à la gestion du changement :

- Le temps accordé au processus de fusion est déterminant pour susciter l'adhésion des acteurs;
- Le caractère volontaire de la décision est un facteur favorable;
- Le leadership, la communication et l'engagement des acteurs sont déterminants pour la réussite.

Un des premiers facteurs est le temps nécessaire à la réalisation de la fusion, évitant ainsi de brusquer le personnel et de générer un stress rendant toute l'organisation dysfonctionnelle. Pour la création des CSSS, le gouvernement québécois a déposé en novembre et adopté en décembre 2003 le Projet de loi 25 et l'a mis en application en juillet 2004. Ce court laps de temps a généré

des résistances au changement et aux nouvelles orientations. Les acteurs concernés doivent comprendre la logique du changement, avoir le sentiment qu'il ne compromet pas leurs valeurs essentielles, et considérer que leur point de vue est pris en compte dans le choix des objectifs stratégiques. Ces conditions ont d'autant plus de chance d'être réunies que les acteurs concernés sont associés à leur définition ainsi qu'à leur mise en œuvre. La fusion a été vécue beaucoup plus positivement dans les CSSS où l'intégration s'est faite volontairement.. Il faut allier une gestion efficace à de bonnes communications pour que la définition du projet suscite l'adhésion des acteurs essentiels à sa mise en œuvre.

Ni les agences, ni les directions ne semblent avoir rejoint suffisamment le personnel des CSSS dont l'engagement demeurerait faible d'après ce que nous avons appris en entrevue. Dans la majorité des cas, la communication ascendante des employés vers la direction et descendante de la direction vers les employés a été déficiente. Des informations importantes en lien avec le processus de fusion (dont font partie l'élaboration et l'implantation des projets cliniques) n'ont circulé, souvent pour des raisons pratiques, que dans les réseaux de direction et auprès de quelques employés associés aux comités de travail sectoriels. Il faut ajouter que les cadres qui inspirent la confiance de leur équipe pouvaient faire la différence pour la suite des choses. Quelques indices en ce sens se dégagent de nos entrevues, mais il faut du même souffle ajouter que les cadres disposaient de bien faibles ressources pour répondre aux défis de la nouvelle structure.

C'est du côté du leadership de l'État en termes de soutien aux directions des CSSS dans leurs efforts de création de réseaux locaux de services que des lacunes majeures ont été constatées. La lacune la plus importante de la part du MSSS a été d'inscrire dans le Projet de loi 83 (qui a suivi le Projet de loi 25) l'obligation pour les CSSS d'élaborer des projets cliniques ayant pour but d'identifier les priorités d'intervention pour le réseau local de services autour de 9 programmes services sans y investir d'argent neuf permettant aux partenaires de se mobiliser autour de la réponse à apporter à des besoins collectivement ciblés. Dans ces conditions, les résultats que l'on pouvait espérer ne pouvaient qu'être modestes et peu mobilisants. Dans un contexte où les administrations se font imposer des cibles de gestion quantifiées inscrites dans des ententes de gestion qui déterminent le niveau de financement que chaque programme service va obtenir, il est inévitable que les gestionnaires investissent prioritairement leurs ressources dans l'atteinte des

cibles pour lesquelles ils sont directement imputables plutôt que dans les priorités et initiatives locales issues de l'élaboration d'un projet clinique n'ayant aucune incidence directe sur leur niveau de financement. En effet, demander à des gestionnaires de mobiliser leur personnel et leurs partenaires du milieu autour de l'identification de priorités d'intervention alors que ces derniers savent pertinemment qu'ils n'auront pas les ressources financières pour mettre en œuvre des actions permettant de les atteindre n'est pas réaliste. Les projets cliniques étaient un élément central de la réforme, celui qui allait cimenter le réseau local de services. L'absence de financement associé à leur implantation est donc en grande partie à la source de l'absence d'effets tangibles de la création des CSSS sur les liens avec les partenaires du milieu, particulièrement les organismes communautaires.

Le rapport d'évaluation du MSSS (2010) fait notamment état des contraintes ministérielles dont se plaignent les CSSS. S'ils apprécient « le bien fondé de ces documents » que leur fournit le MSSS, ils estiment que « les nombreuses actions qui doivent en découler et les résultats attendus interfèrent dans la planification stratégique des établissements » et considèrent que « le soutien financier du Ministère est [...] insuffisant pour répondre aux multiples "commandes" auxquels il faut répondre dans des délais jugés trop courts » (Id : VIII). En aval, on déplore aussi « le manque de suivi [...] puisque rien ne laisse croire que l'intégration du CSSS-RLS constitue encore, quatre ans plus tard, une priorité ministérielle » (Idem : 42). En pratique, « les CSSS sont divisés entre les attentes de la population locale et les demandes venues de l'agence ou du Ministère » (Idem : VIII) : le « cadre serré des ententes de gestion qui ne correspondent pas toujours aux priorités établies par les établissements et leurs partenaires » est identifié comme l'un des enjeux systémiques qu'affrontent les CSSSS (Idem : X). « Le réseau, notent les évaluateurs, semble avoir atteint un point de saturation à l'égard des changements et des multiples "commandes venues d'en haut", tant chez les cadres que chez le personnel » (Idem : 42)

Au niveau des services aux personnes en PALV, ces transformations ont aussi arrimé les services de soutien à domicile aux opérations hospitalières sans leur donner les moyens d'élargir leur capacité de répondre aux besoins des personnes âgées qu'ils rencontrent quotidiennement en amont. Ce faisant, cela a suscité des réflexes de défense à l'égard de la réorganisation du travail et des mécanismes de défense à l'intérieur des institutions. À l'inverse, la révision des premiers

plans d'organisation, l'introduction de processus de consultation pour établir les règles d'opération, les démarches participatives de définition des nouvelles formes d'encadrement et la réponse aux attentes de soutien professionnel sont tous vécus comme des incitatifs aux changements.

La gestion des changements par l'État et leur mise en œuvre au niveau de la gestion des CSSS n'ont pas reposé sur des principes de mobilisation des ressources humaines. Cela explique un certain nombre de résistances exprimées notamment par les intervenantes et intervenants des CSSS, mais aussi de craintes formulées particulièrement par le milieu communautaire.

Nous espérons que le ministère sache éviter ces écueils dans la mise en œuvre de cette nouvelle réforme et mise sur l'engagement des intervenantes et intervenants au service des populations qu'ils desservent plutôt que sur une normativité imposée de l'extérieur.