

## **Y aurait-il lieu de revoir le modèle d'organisation des services pour favoriser le déploiement équitable des deux missions, sociale et santé ?**

**Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace**

**Présenté par M. Christian Dubé**

***Ministre de la Santé***

**Art. 647.** Le ministre surveille le *marché* des services du domaine de la santé et des services sociaux, notamment afin d'en connaître *l'offre et la demande* et les circonstances dans lesquelles les personnes ont accès aux services offerts.

«L'objet qui parcourt la chaîne de montage médicale n'est pas un châssis ni un moteur, c'est une personne » qui a besoin de services personnalisés à échelle humaine» (Henry MINTZBERG, *Gestion des soins de santé : Déboulonner les mythes*, Somme toute, 2022.)

### **Le tandem santé-services sociaux est un échec : il faut revenir à un autre modèle.**

Par **Clément Mercier**, PH D Sociologie, MSS, professeur retraité en organisation communautaire à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke, ex-gestionnaire en CSS.

Pour amorcer mes commentaires plutôt impressionnistes à cette question du thème C, je me suis permis de citer en exergue l'article 647 du projet de loi 15, qui frappe par sa posture entrepreneuriale classique, et aussi une citation d'un professeur que j'ai fréquenté aux études doctorales, dont la réputation n'est plus à faire dans le champ du management des organisations. Et par-delà le caractère anecdotique des désignations univoques que se donne le ministre Dubé et à la nouvelle agence qu'il veut créer par son projet de loi, ces désignations reflètent bien ce qu'est devenue dans la vision et la pratique de l'appareil politico-administratif québécois la vraie nature de ce fameux système où on avait en 1971 fusionné les missions santé et services sociaux en les intégrant au sein du **Ministère des Affaires sociales**.

Je suis de la génération qui a cru , en tout cas espéré, qu'on pouvait fusionner les 2 missions (ce qui traduit mon âge vénérable) en les orientant dans une perspective nouvelle de santé globale inclusive; perspective définie - avant la Charte d'Ottawa -par l'accent mis sur la prévention, l'interdisciplinarité et une approche intégrée, citoyenne et communautaire de la première ligne de services médicaux et sociaux, comme base fondatrice du système- porte d'entrée disait-on- , à travers le concept original des CLSC prôné par la Réforme Castonguay. Quant aux établissements de 2' ligne (CH, CSS, CA), leur mission dite spécialisée devait également s'ouvrir non seulement à une gouvernance publique, mais aussi à la participation de leur personnel et à une participation citoyenne et communautaire locale ou régionale permettant de relier les besoins et l'offre de services cliniques aux conditions et milieux de vie des populations touchées par les problèmes sociaux et de santé.

Ce n'est pas le lieu de refaire le parcours – déjà bien fait par plusieurs- qui a mené au rancart de ce modèle pourtant reconnu comme novateur de par le monde; mais pour en retenir les leçons, il m'importe d'esquisser brièvement certains facteurs qui ont mis à mal dès le départ le projet CLSC en particulier, et aussi l'idéal participationniste dans l'ensemble du réseau, que la Commission Rochon qualifiera globalement en 1988 de «système pris en otage par ses producteurs». Je les évoque en vrac, soulignant qu'ils s'influencent réciproquement :

- Au 1<sup>er</sup> rang, bien sûr, le boycott systématique des médecins face à la pratique

médicale en CLSC, salariée et interdisciplinaire; boycottage dont la résultante finale aboutira 30 ans plus tard à la création des GMF comme responsables de la porte d'entrée médicale du réseau;

- Résistance des CSS à partager les services et ressources qui relevaient de la mission CLSC, partage exigé sans compensations financières adéquates; difficultés de TS cliniciens transférés à s'adapter à ce nouveau contexte de pratique interdisciplinaire et communautaire de prévention (rappelons les *tensions* alors existantes entre l'individuel et le communautaire dans les écoles de travail social);
- Absence de volonté politique ferme au plus haut niveau ministériel face à cette nouvelle culture organisationnelle, décelable par le souci pressant de définir et imposer des programmes et services aux nouveaux CLSC, dans un cadre peu respectueux des besoins exprimés et des orientations retenues dans les projets locaux; pression soutenue par l'approche par programmes développée par la bureaucratie du MAS dès le début de l'implantation de la Réforme Castonguay, appliquée de façon de plus en plus normalisante; normalisation-standardisation qui sera accentuée par la NGP introduite graduellement dans les années 90, qui mènera de plus en plus à des cibles et indices de mesure quantitative, sans respect du caractère de «human services» (services à l'humain) à la base des services sociaux et de santé, entre autres, comme l'évoque Minzberg;
- Opposition et pressions politiques des élites locales devant certains projets communautaires-citoyens locaux liés à l'action des groupes et organisateurs communautaires;
- Réflexes de compétition liée au corporatisme (syndical, disciplinaire...) et aux cultures professionnelles traditionnelles dans la gouvernance interne, difficiles à concilier avec une véritable approche interdisciplinaire et avec la participation citoyenne, dans un projet collectif de développement social des communautés desservies.

La Réforme Côté tentera de ramener le réseau sur certains de ses principes originaux , mais la bureaucratie (bureaucrassie??) soumise à l'effet NGP et le virage ambulatoire raté pour cause de déficit 0 mal géré permettront au modèle médical clinique de prendre toute la place, avec la création en 2002 de la formule GMF (bien mal nommée...parce que n'ayant de familial que le nom). Promus par la Commission Clair comme équivalents au concept CLSC, les GMF créés à partir des cliniques privées de nos médecins généralistes sont devenus en bonne majorité des entreprises incorporées, alimentées par les ressources financières et humaines du réseau public dont on leur a confié la «supervision», les infirmières et les TS des CLSC redevenant des commissionnaires à leur services, comme ça se passait avant 1970 dans les hôpitaux..., avant qu'on les rattache aux CSS par contrats de services.

Avec les réformes Couillard-Barrette, et celle de Santé Québec, les éléphants que sont devenus les CISSS-CIUSSS structurés autour d'une logique médico-hospitalière renforcée deviendront un énorme mammoth dont tout le monde craint – y compris le Collège des médecins- que la résultante première sera de renforcer la privatisation déjà bien installée dans le «réseau» ; on consacre implicitement la première ligne au bon vouloir lucratif des entreprises privées que sont les GMG, et on élargit le recours

systematique aux mini-hôpitaux privés subventionnés par les fonds publics! De sorte que malgré les ouvertures faites au social et l'accent mis sur la proximité territoriale comme approche de gestion (de gérance devrait-on dire, d'établissements, d'installations?), le renforcement de la logique médicale et l'hypercentralisation bureaucratique n'annoncent rien de bien différent de ce qu'on a reproché à la contre-réforme Barrette.

Comment peut-on croire que l'application du modèle Hydro-Québec, une entreprise hautement techno., à un système défini par des «human services», puisse lui permettre de mieux remplir ses missions de soins médicaux et hospitaliers publics de tous niveaux et de les rendre accessibles sur une base universelle, ou même populationnelle? Santé Québec devra «gérer» la moitié des budgets de l'État québécois, avec plusieurs centaines de milliers de salariés de multiples catégories - combien au juste, je ne peux l'estimer! - sauf les médecins, acteurs pivot des services de 1<sup>re</sup> ligne- ... Les multiples ouvertures faites au privé et l'appel au génie des «top guns...» pour la maîtriser indiquent bien quel type de gouvernance est attendu de ce super-monstre bureaucratique.

### **Que faire pour changer les choses?**

Dans ma lecture du projet de loi 15, le quidam que je suis a éprouvé beaucoup de difficultés à se retrouver dans ce déluge d'articles au demeurant mal formulés et structurés, qui me fait craindre qu'il se révèle en bout de piste une *boîte de pandore* plus qu'un produit fini équilibré et fondateur d'une réelle refondation du système. Me référant aux mémoires de l'Ordre TS, du RQIIAC et de la CSN, j'en vois bien les insuffisances et partage les critiques et demandes de correction faites.

Mais, de mon humble avis, l'approche réelle et ancrée de proximité, l'appel aux principes et valeurs des grands fondements de la loi SSS (art. 2-3), aux déterminants sociaux, à une véritable politique santé et bien-être- comme on a connu en 1992- bref un retour aux CLSC originaux, ne pourront se réaliser dans ce *modèle Barrettien* revu et renforcé. Je n'ai pas la prétention de pouvoir dessiner le modèle qu'on pourrait proposer à la place, étant conscient que, de toutes façons, comme dirait l'autre, *les carottes sont cuites*; le ministre a déjà fait son lit et un peu tout le monde concerné est échaudé à l'idée de se relancer dans une nouvelle transformation de structures. Je me permets quand même d'avancer qu'il ne faut pas se limiter aux facteurs structurels, comme j'ai tenté de l'esquisser dans mon petit recadrage contextuel historique et d'avancer quelques pistes sommaires, qui deviennent mes recommandations:

- L'Ordre a insisté sur le changement d'indicateurs de performance pour les SS et critiqué l'approche par trop dominante de la NGP dans le système actuel. Lors de l'audition en commission parlementaire, le ministre n'a pas semblé comprendre ce que ça voulait dire..., son œil comptable semblant loin de pouvoir en saisir la portée. Il ne faut oublier non plus le paradigme sacré des données probantes, que Santé Québec est appelé à incorporer dans ses normes de gestion, indicateurs de qualité et critère d'évaluation des pratiques.

Ayant à l'esprit la célèbre citation d'Einstein «*Ce qui compte ne peut pas toujours*

*être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément. Ce qui est incompréhensible, c'est que le monde soit compréhensible»,* les États généraux devraient revenir haut et fort sur cet enjeu déterminant. Et faire une critique rigoureuse et vigoureuse non seulement des cibles et indicateurs quantitatifs et de l'usage non contextualisé des pratiques promues par les données probantes, mais de tout le paradigme de gestion de la NGP, dénoncé depuis plusieurs décennies par moult recherches et organisations. On devrait lui opposer des alternatives crédibles, comme l'OTS l'a souligné dans son mémoire: le modèle de *co-production* (Lavoie-Moore, 2023), et encore, celui de *public value* (Lévesque, B) ...

- Le projet organisationnel CLSC renouvelé ne peut se réaliser sans s'appuyer sur la mobilisation citoyenne/communautaire territoriale locale et l'investissement de professionnels motivés par la culture organisationnelle et professionnelle inspirée de ces modèles porteurs. À défaut d'une volonté politique ferme et d'un support organisationnel favorable venant des instances ministérielles, un tel projet (de CLSC) doit aussi faire appel à des «praticien-nes» sympathiques et formé-es à des approches et pratiques interdisciplinaires concertées, à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans l'analyse des problèmes et besoins de leur communauté d'intervention et la programmation des services à offrir...

### **Un mot sur la formation...**

Mes attentes face à ce type de praticiens-nes m'amènent à un clin d'œil rapide au thème D. , à la formation qu'on devrait attendre de nos diplômé-es universitaires en TS. Pour avoir eu l'occasion au début de 2000 de participer étroitement aux discussions sur les niveaux de formation à exiger pour l'admission à l'Ordre, je peux témoigner que nous avons rapidement abouti à un blocage sur le sort à réserver à nos diplômées de bacc. L'Ordre aurait souhaité les voir disparaître du tableau des formations terminales qualifiantes pour la pratique, au profit de la maîtrise, à l'instar des psycho-éducateurs et dans la foulée du rehaussement au doctorat professionnel pour l'admissibilité des psychologues à la pratique. Demande peu acceptable pour les unités de formation, pour une foule de bonnes raisons, dont nos capacités limitées (financières, humaines...) de livrer la marchandise et les choix pédagogiques différents quant à la formation pratique de au 1' cycle.

Depuis, je crois savoir que les choses n'ont pas bougé depuis, ce qui m'apparaît un non-sens. Le contexte de compétition créée par les fusions de 2015 a fait que les TS diplômées de bacc. sont déclassées dans le tableau général de l'intervention psychosociale, le réseau hospitalier déterminant la valeur des praticiens-nes par la «hauteur» de leur titre professionnel/académique. Sans souscrire à ce critère peu fiable, je suis néanmoins partisan de la compétence «optimale» que permet la poursuite d'une spécialisation à une maîtrise professionnelle pour la pratique en établissements de services sociaux. Pour autant que la formation de 1' cycle fournisse toujours une base solide à la pratique typique d'un travail social générique appuyé sur les éléments de base de la discipline -tels que déjà développé dans le Référentiel de compétences en 2012 -, et qui devrait comporter une bonne base théorique et pratique sur les référents à une pratique du genre évoquée plus haut.

Sans exclure ce niveau de formation à la qualification à la pratique qui devrait être reconnue par l'Ordre, la maîtrise devrait être une invitation à se donner un «début» de spécialisation à la pratique spécifique qu'on a privilégiée à travers le passage au bacc., que ce soit par exemple dans le champ de l'intervention individuelle, familiale, de groupe, l'intervention en contexte non volontaire, particulièrement la PJ, ou l'intervention collective en communauté territoriale locale.

Les États généraux devraient au moins pouvoir permettre de faire le point sur cet enjeu déterminant de la pratique, et le cas échéant, en orienter les suites face aux unités universitaires de formation. Si on est prêts à faire une place aux diplômé-es de Cegep, on devrait pouvoir en faire autant pour les Bacc. de 3 ans. Tout comme l'Ordre des Infirmières accueille les DEC, Bacc et Maîtrise avec des titres différenciés...

- Il y a un grand absent dans les discussions sur les modèles d'organisation : les GMF. Devait-on, comme le propose Anne Plourde (2022), les nationaliser en intégrant les médecins «propriétaires» à une pratique salariée? Je ne suis pas assez au fait des conditions de la pratique pour évaluer la justesse de cette stratégie, mais il m'apparaît incongru que, dans le projet Santé Québec, ils soient en quelque sorte devenus des anges évoluant sur une autre planète. Pourquoi alors ne pas revendiquer le même statut d'indépendance pour les CLSC territoriaux conformes aux services de proximité qu'on réclame, en exigeant de créer ou promouvoir des dispositions financières incitatives pour les médecins – surtout les femmes maintenant majoritaires dans la profession- susceptibles d'y voir une pratique conforme à leurs aspirations personnelles et professionnelles? Il est vrai cependant que la formation médicale ne semble pas encore incitative à ce type d'approche...
- Enfin, à la suite de Réjean Hébert (2023), et aussi en conformité avec les modèles d'organisation dont on a dit s'inspirer sous le régime Barrette, dont au premier chef l'Alberta, et aussi l'Ontario (CSBE, 2022), pourquoi ne pas réclamer tout simplement de sortir les services sociaux de ces mammoth médico-hospitaliers que sont les CISSS-CIUSSS, en commençant par la PJ et les CHSLD? Pourquoi ne pas les réorganiser sous un parapluie (un ministère spécifique, autonome...) permettant d'en actualiser les missions, permettant d'éviter qu'elles soient encore davantage noyées et inféodées dans un Santé-Québec qui sera, selon les données connues de telles organisations, à grand risque d'être ingérable et inefficace?

Sans revenir aux CSS des années 70, qui ont intégré la PJ en cours de route, pourrait-on penser à une formule d'instance régionale de coordination et dispensation des services sociaux de protection de l'enfance et d'hébergement des adultes, en interface à la filiale régionale de Santé Québec, qui pourrait se centrer sur sa mission hospitalière de 2' et 3' ligne? Pourrait-on imaginer que cette instance régionale SS, encadrée par son ministère, puisse agir en support aux CLSC locaux -autonomes- dans leurs mandats de services sociaux, via des ententes par contrats de services, comme on le faisait après l'implantation des CSS à l'égard des

hôpitaux et commissions scolaires?

## **Conclusion**

Voilà quelques réflexions inspirées par mon expérience lointaine du réseau et mes lectures et analyses continues de son évolution. En tout respect et simplicité, merci de porter attention à mes propos que je ne crois pas nostalgiques!

Clément Mercier

## Références

Commissaire à la santé et au bien-être, 2022, *Transformation de la gouvernance des systèmes de santé : l'expérience canadienne*, Rapport de recherche, partie 2

**Réjean Hébert, Comprendre et repenser le système de santé pour les aînés... et les futurs aînés, La Tribune, 22 avril 2023.**

Anne PLOURDE, IRIS, *Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence, Un modèle à revoir en profondeur*, juin 2022.

Lavoie-Moore, M. (2023, avril). *La coproduction des services de santé : pour qu'efficacité rime avec qualité*. Fiche socioéconomique, IRIS.

Lévesque, Benoît, *La nouvelle valeur publique, une alternative à la nouvelle gestion publique?* Revue vie économique, Vol 4, no 2.