

Une contre-réforme faite de ruptures

Marc-André Maranda et Pierre Joubert

**FORUM CITOYEN SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ DANS LA
MATAPÉDIA**

Amqui, 18 mars 2017

Changement radical de la vision du rôle de l'État et d'un système public

Imposition d'une vision à l'inverse de celle qui a marqué la lente évolution du système depuis sa création au début des années 70 et établie à partir de consensus souvent difficiles

« Les citoyens du Québec portent un attachement profond à leur système public de santé et de services sociaux et à son universalité. Il s'agit pour eux d'un élément de fierté citoyenne qu'il est essentiel de préserver. »

CSBE, *Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services*, 2016. p. 39

Un rappel

La Commission Rochon (1987) propose : La Commission Clair (2000) propose:

- Décentraliser vers les régions
 - Équité interrégionale en matière de financement
 - Une première ligne plus forte
 - Multisectorialité
- Les groupes de médecine de famille (GMF)
 - Des réseaux de services intégrés par clientèle
 - Une base territoriale : le territoire de CLSC
 - Fusion des établissements CH – CLSC - CHSLD

Expériences de regroupements d'établissements et de modes d'intégration des services dans les années '80 et 90'

- Avant les fusions, des rapprochements administratifs pour pallier des difficultés administratives ou cliniques ou réaliser des redressements budgétaires
- Formation de réseaux en misant sur une plus grande concertation entre les fournisseurs de services pour permettre une meilleure intégration des services à la population
- Amorce de partenariats entre les acteurs de la gouvernance du réseau et les communautés locales

Gestion en commun des établissements de la Vallée de la Matapédia

- 1981, initiation par le CRSSS d'un projet de mise en commun des services administratifs, techniques et de soutien des trois établissements de la Vallée et d'un développement d'un réseau de services complémentaires sans fusion. (Bégin, Bergeron, Joubert, 1984)

Unifications administratives dans le Bas-St-Laurent sur la base de MRC

- 1995, plan de la Régie régionale du BSL pour implanter des réseaux de services de base intégrés dans cinq MRC à faible densité de population avec la perspective, à plus long terme, de fusions éventuelles.
- Une proposition-phare : compressions budgétaires non pas par établissements, mais plutôt par MRC. (É. Martin, 2014)

Expérimentation de trois modes d'intégration des services dans la région des Laurentides

- 1996, élaboration par la Régie régionale d'une stratégie de reconfiguration de ses ressources dans cinq bassins territoriaux :
 - ✓ Modifications juridico administratives en vue de fusion et d'intégration d'établissements ou d'unification de leur conseil d'administration
 - ✓ Allocation collective et partage de ressources
 - ✓ Organisation conjointe de la prestation de services. (Lamarche et al., 2001)

Extraits de la Commission parlementaire sur l'étude du projet de loi 25 (2003) :

*“ Je suis allé voir partout au Québec... Il y a des exemples utiles qui ont pris jour... **La Matapédia, Laurentides...** Je fais énormément confiance aux gens des régions pour savoir comment s'organiser...”*

*“ Au coeur de ce projet de loi, qui en passant est inspirée par le monde rural, **deux grands principes, la véritable intégration des services...** L'autre aspect c'est **la véritable décentralisation...** donner au monde des régions puis des communautés les moyens pour mettre en place des ressources pour arriver au résultat qu'on leur demande d'arriver sans être toujours dans leur dos...”*

*“ Dans la dynamique que ce projet de loi entreprend, il y a le fait de **permettre aux régions... de proposer les modèles qui sont les plus compatibles avec leur réalité...** on ne peut pas comparer un milieu rural, compact, homogène... avec un milieu urbain où les gens... passent d'un secteur à l'autre...”*

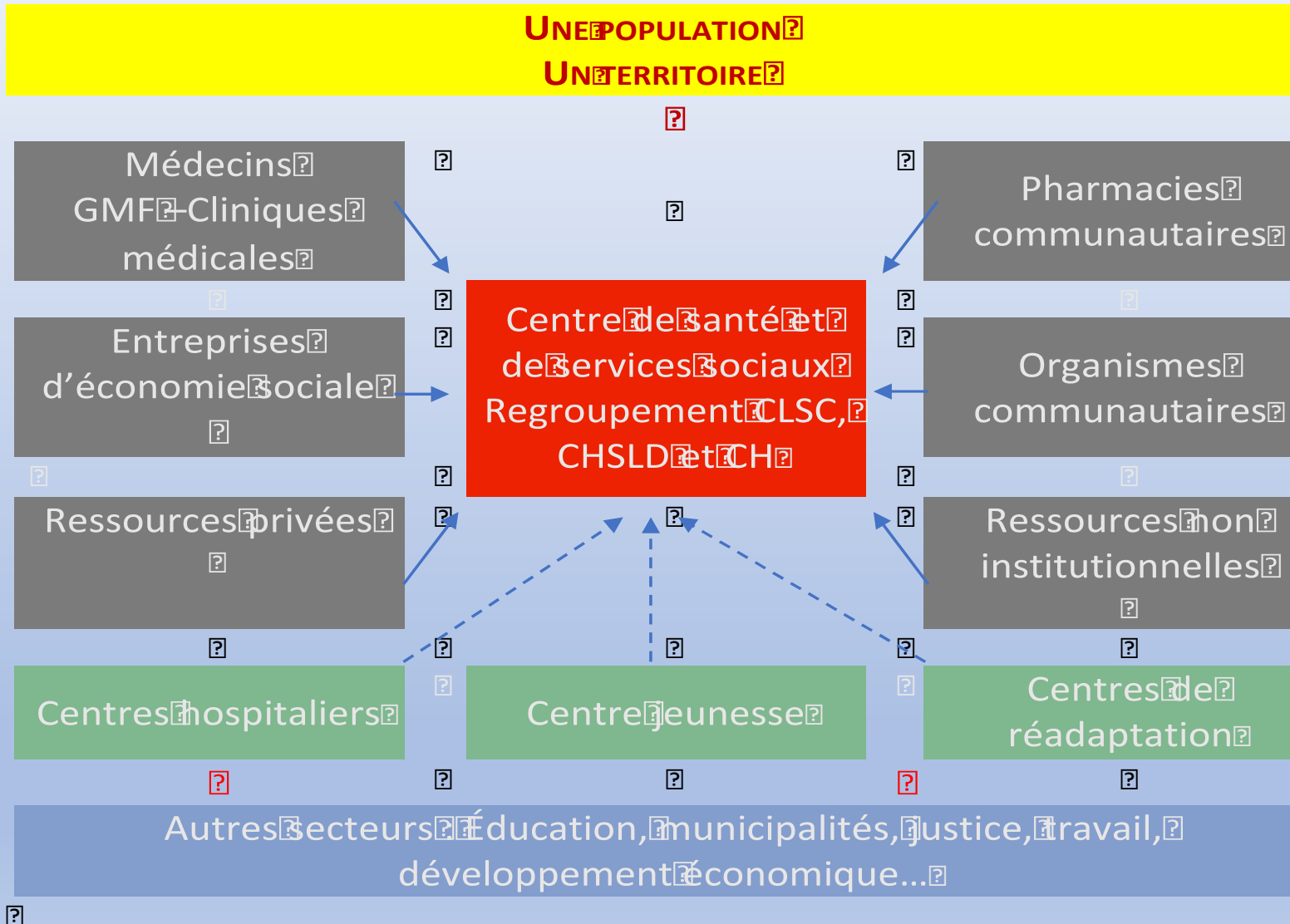
*“ La taille du territoire doit tenir compte des dynamiques locales pour faciliter la responsabilité de population... Il n'est **pas question d'imposer des modèles mur à mur,** mais plutôt de donner aux milieux l'espace et la latitude pour définir leurs modes d'organisation en fonction des dynamiques locales et selon les particularités de ceux-ci...”*

Auteur de ces paroles...

Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux (2003-2008)
Journal des débats, Vol. 38, Commission des Affaires sociales, décembre
2003

... et vint la Loi 25 à la suite de réformes déjà amorcées et la reconnaissance
des délimitations territoriales par MRC dans le Bas-St-Laurent.

UN RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

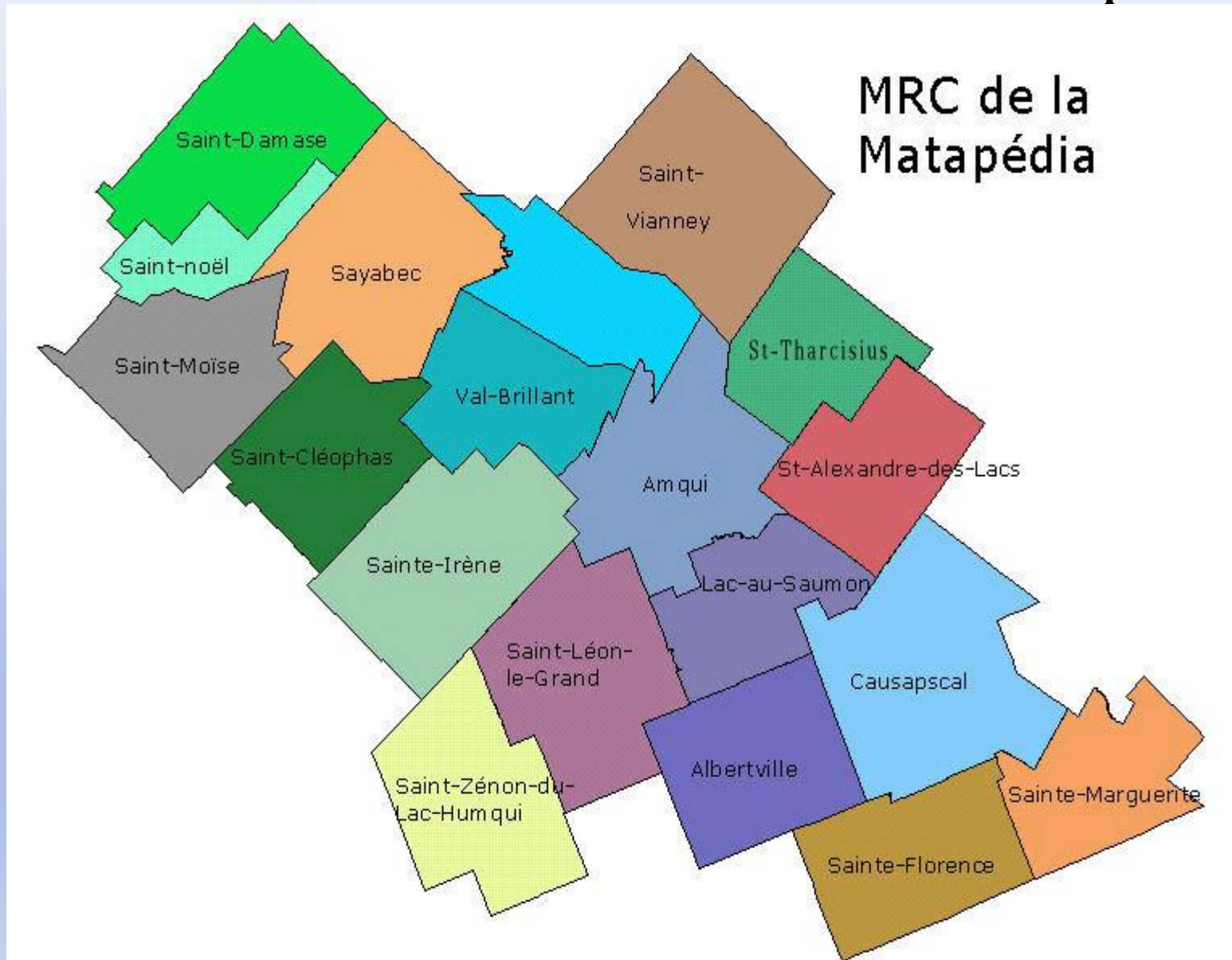


La responsabilité populationnelle (LSSS, art. 99.5.)

L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

- 1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- 3° l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
- 4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Un territoire : l'Écoterritoire habité de La Matapédia



1 - Démographie

ÉVOLUTION DE LA POPULATION 2011- 2036

2011	2016	2026	2036	2036/2011
18 653	18 113	17 481	16 766	-10,1%

ISQ (2014), Perspectives démographiques des MRC - 2011/2036

POPULATION PAR GROUPE D'ÂGE - 2016

	Moins de 20 ans	20 à 64 ans	65 ans et plus
La Matapédia	18,7 %	58,6 %	22,7 %
Bas-St-Laurent	18,3 %	58,3 %	23,5 %
Québec	20,7 %	61,3 %	18,0 %

Équipe surveillance, Direction de la santé publique, CISSS du Bas-Saint Laurent, décembre 2016

	La Matapédia	Bas-St-Laurent	Québec
Fécondité (2008-2012)	1,9 e.f.f.	1,76	1,70

Une population et sa santé

2 – Indicateurs comparés

	La Matapédia	Bas-St-Laurent	Québec
Espérance de vie à la naissance (2008-2012)	80,2 ans	81,4	81,5
Auto-évaluation de sa santé – très bonne ou excellente (15 ans et plus)	51,0 %	53,0 %	56,4 %
Personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité (2010-2011)	35,5 %	35,1 %	33,3 %
Personnes de 18 ans et plus souffrant d'obésité	15,6 %	13,4 %	14,4 %

Une population et sa santé

3 – Déterminants socio-économiques

	La Matapédia	Bas-St-Laurent	Québec
Taux de travailleurs (25-64 ans)	65,1 %	70,5 %	76.1 %
Revenu personnel disponible après impôt (2014)	21 559 \$	23 317 \$	26 046 \$
Familles vivant sous le seuil de faible revenu (2013)	6,7 %	5,1 %	8,2 %
Adultes prestataires d'assistance sociale (18-64 ans)	9,0 %	7,5 %	6,5 %
Répartition de la source de revenu des familles			
Revenu d'emploi	62,8 %	65,7 %	71,7 %
Transferts gouvernementaux	27,0 %	21,5 %	15,0 %
Autres	10,2 %	12,8 %	13,3 %

Une population et sa santé

4 – Scolarisation (25 à 64 ans)

	La Matapédia	Bas-St-Laurent	Québec
Aucun diplôme ou grade	23,0 %	19,0 %	14,8 %
Diplôme d'études secondaires	17,7 %	18,5 %	19,5 %
Certificat ou diplôme d'apprenti	30,0 %	25,3 %	18,9 %
Diplôme de CEGEP	15,3 %	18,4%	18,3 %
Diplôme universitaire	14,0 %	18,8 %	28,5 %

5 – Habitudes de vie et comportements (15 ans et plus)

	La Matapédia	Bas-St-Laurent	Québec
Une boisson sucrée ou plus par jour	21,5 %	20,0 %	19,0 %
Population active (4 dern. semaines)	42,7 %	41,4 %	40,7 %
Fumeurs réguliers et occasionnels	18,1 %	17,8 %	19,4 %

6- Quelques résultats en Matapédia

Les bons résultats

(meilleurs que la moyenne provinciale)

- Prévalence des allergies autres qu'alimentaires
- Prévalence des maux de dos
- Prévalence des migraines
- Prévalence de l'asthme
- Détresse psychologique
- Satisfaction de la vie sociale

À surveiller

(taux plus élevés que la moyenne provinciale)

- Incidence des cancers du sein, du **poumon**, de la prostate et du cancer colorectal
- Prévalence de l'hypertension
- Prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques

2014 – Le projet de loi 10 : DES RUPTURES

Perte des valeurs

- Participation des personnes et des groupes
- Partenariat et partage des responsabilités entre acteurs (dont le communautaire)
- Accessibilité à un ensemble de services en continuité et adaptés à la situation et aux besoins des personnes
- Respect des particularités régionales et locales.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 2)

Centralisation excessive

« *C'est une administration unique qui intègre la totalité des services.* »

Gaétan Barrette, Le Soleil 3 décembre 2016

- Création de mégastructures
- Fusion des établissements ≠ intégration des services
- Standardisation et uniformisation (aucune place à l'initiative)
- Absence de prise en considération des particularités régionales, locales et communautaires
- Réduction de l'accès aux services de proximité (ex. : Optilab)

Les problèmes sont les mêmes partout, donc les solutions sont les mêmes partout

Lettre de l'Association Canadienne des Centres Communautaires de Santé au Premier Ministre Philippe Couillard, 17 octobre 2016

« La création des mégastructures régionales entraînera une perte importante de l'identité linguistique, ethnoculturelle ou communautaire des établissements. En plus de priver ces communautés d'une structure essentielle à leur épanouissement, cette perte d'identité a été maintes fois démontrée comme facteur de démotivation des cadres, du personnel et des professionnels des institutions. Une telle démotivation est un obstacle important à la performance et à l'efficacité des organisations...Enfin, la centralisation va à l'encontre de l'occupation du territoire et de la vitalité des zones rurales ou périphériques. »

Les devoirs du Ministre

- Démocratie : Promouvoir la participation des individus et des groupes à la détermination des moyens de satisfaire leurs besoins dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- Consulter les individus et les groupes sur l'établissement des politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Équité : Promouvoir le développement et la mise en œuvre de programmes et de services en fonction des besoins des individus, des familles et des autres groupes.

Loi sur le Ministère de la santé et des services sociaux (art. 3)

Gestion dans l'affrontement

« Gérer dans l'affrontement, c'est gérer dans le chaos »

Alain Dubuc, La Presse, 7 janvier 2017

- Absence de consultations, sans planification et sans fondements scientifiques reconnus
- Décisions unilatérales, absence d'écoute et de collégialité
- Manque de respect à l'endroit des groupes d'acteurs du réseau
- Négociations houleuses

«Alors moi, écoutez bien, tout le monde peut bien m'écœurer, mais je vais continuer pareil, prévient M. Barrette. [...] Envers et contre tous. Parce que ça fonctionne.»

Le Soleil, 3 décembre 2016

Gouvernance autoritaire

- Parfait contrôle sur l'administration des établissements et leur CA
- Absence de transparence et d'imputabilité caractérisée par un contrôle de l'information et des données
- Élimination de la critique : Commissaire et associations d'établissements
- Aucune évaluation en cours de réforme

« Attendons que la transformation du réseau soit complète avant de passer des commentaires » Gaétan Barrette, le Devoir 25 avril 2016

Bris du lien santé / social / communautaire

- Prédominance du modèle médico-hospitalier
- Des missions essentielles noyées au sein d'immenses structures et un espace de plus en plus restreint pour des objectifs de santé et de bien-être
- Affaiblissement des CLSC et de la première ligne
- Perte de contrôle sur les ressources de sa communauté
- Des secteurs fragilisés par les compressions successives

Peut-on encore parler d'un système de santé et de services sociaux?

Effets combinés des ruptures et des compressions budgétaires

- Des compressions majeures depuis 2014 et maintenant des mesures d'optimisation (20 M\$ en 2015-16 et 2016-17 dans le BSL)
- Des compressions récurrentes de 5 M\$ imposées dans La Matapédia depuis 2008-2009, près de 1M \$ en 2016-2017; 10 postes abolis dans la Matapédia
- Des secteurs ciblés dans le BSL : santé publique, services sociaux et de réadaptation (10 postes abolis au programme jeunesse et 23 en déficience intellectuelle), première ligne en CLSC, organismes communautaires
- Des populations vulnérables particulièrement touchées notamment en santé mentale (Rapport de la Protectrice du citoyen)
- Des employés essoufflés sous l'effet combiné des compressions et de la réorganisation du réseau (taux d'absentéisme dans plusieurs régions, résultats de sondage, etc.)

Réforme ou contre-réforme ?

- Démantèlement progressif du système public de santé et de services sociaux
- Accentuation du médico-hospitalier au détriment des préoccupations sociales de santé, de la prévention et de la participation citoyenne
- Accent sur la quantité et la standardisation plutôt que sur des objectifs de santé, de qualité et d'humanisation
- Contre-réforme imposée à toute la population sans tenir compte des différences et des particularités territoriales
- Aucune anticipation de l'efficacité des moyens envisagés et aucune évaluation continue

Cette contre-réforme met-elle en place les conditions susceptibles d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des soins et des services à la population?

Le porteur du discours gouvernemental affirme que oui, les principaux acteurs de ce réseau ainsi que la plupart des analystes pensent toutefois le contraire...

Lettre à la Vérificatrice générale (avril 2016)

Lamarche, Joubert, Maranda

Demande d'évaluation de la réforme :

- Absence de preuves scientifiques appuyant les orientations et les décisions
- Instances muselées
- Personnels du réseau interdits de représentations publiques
- Médias privés d'information
- Accès très restreint aux données nécessaires à la recherche

Lettre au Premier Ministre (Juin 2016)

Lamarche – Maranda – Joubert – De Koninck

Un appel à une pause et un réexamen :

- Fondements socio-politiques questionnables
- Fondements scientifiques inconnus ou inexistants
- Prise de décision centralisée
- Impacts sérieux sur les services aux personnes
- Absence de transparence

Conséquences de la contre-réforme en région

- Contre-réforme imposée à toute la population sans tenir compte des différences et des particularités territoriales
- Décisions stratégiques relayées par le central à une superstructure régionale ne laissant plus de place aux innovations et aux adaptations locales
- Appauvrissement des territoires sans tenir compte des implications socio-économiques : perte d'emploi, migration des familles etc.
- Affaiblissement des réseaux et des partenariats locaux qui étaient en place.
- Concentration des ressources spécialisées dans les villes-centres au détriment des territoires locaux – impacts sur l'accès aux services

Retour vers le futur...

- Développer un contre-discours à la centralisation en s'appuyant sur des faits et en faisant le plein d'expériences concluantes réalisées avant la loi 10
- Tenir compte de façons de faire déjà éprouvées pour renforcer le rôle des communautés locales

Lorsque tu ne sais pas où tu vas, regarde d'où tu viens.
(Proverbe africain souvent cité par Boucar Diouf)

La gestion en commun (GEC) des établissements de santé de La Matapédia (années '80)

- Juxtaposition territoriale des services sociosanitaires / MRC et mobilisation de tous les acteurs concernés, y compris des représentants de la population
- Conception et implantation du modèle de GEC effectuées dans un climat de collaboration active entre les personnes et entre les établissements concernés
- Principes de la GEC clairement établis et consensuellement acceptés dès le départ par l'ensemble des intervenants
- Souci majeur de respecter la mission des trois établissements et de s'assurer que les services à la population sont prépondérants par rapport aux processus de gestion mis en place
- Des résultats: amorce d'un réseau de services intégrés; sentiment d'un meilleur service à la population; pratiques interprofessionnelles et interinstitutionnelles pour plus de complémentarité et de continuité
- Plus grand pouvoir politique auprès des instances locales, régionales et gouvernementales

L'intégration verticale de la gouvernance des établissements dans le Bas-St-Laurent (1996-2002)

- Proposition d'une seule entité administrative par MRC dès 1995, près de 10 ans avant les CSSS
- Reconnaissance du territoire de MRC comme base géographique de gestion, d'organisation et de dispensation des services
- Unification administrative des diverses missions des établissements locaux sur la base des territoires de MRC (1996-2002)
- Services de base accessibles à proximité des populations locales avant des fusions
- Services organisés en réseau intégrés axés sur la multisectorialité
- Réorientations des choix en fonction des clientèles plutôt qu'en fonction des établissements

« Les populations locales se montrent très attachées aux établissements qui œuvrent chez elles... en même temps qu'elles défendent la présence de services dans leur milieu... des emplois, la préservation de l'identité locale et parfois la survie de la communauté ».

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, 1996, in: Martin, 2014

Le développement de réseaux de services intégrés dans les Laurentides (2^{ième} moitié des années '90)

- L'émergence est facilitée lorsque l'accent est mis sur l'organisation de la prestation de services plutôt que sur la fusion des établissements
- Les modifications de pratiques sont plus susceptibles de se produire si les modes d'intégration sur lesquels repose la mise en place des réseaux émergent des milieux eux-mêmes et des dynamiques locales de partenariat
- Le choix du mode d'intégration subit l'influence des contextes géographique, socio-politique, démographique et historique qui prévalent au sein de chacun des territoires locaux.

Lamarche, P. et al. (2001)

Ce qu'on peut retenir de ces expériences

- L'intégration doit s'effectuer sur une base territoriale reconnue
 - L'intégration porte sur les services plutôt que sur les ressources
 - L'intégration mise sur les partenariats des établissements du réseau public mais aussi sur celui des cabinets privés, des organismes communautaires et d'autres secteurs, particulièrement le municipal et l'éducation (Réseau local)
 - Le mode d'intégration doit émerger des dynamiques locales
- « L'intégration des services repose davantage sur des enjeux humains et cliniques qu'organisationnels et structurels » (Lamarche et al. 2001)

« Les gens de nos villages, quand on leur donne le moyen de s'exprimer, de s'impliquer, de tenter de trouver des solutions aux problèmes de notre système de santé, ils sont toujours prêts à se mobiliser. Malheureusement, ils sont trop souvent oubliés par les politiques du Ministère de la santé. Et chaque nouvelle réforme rebrasse les cartes et nous met en danger ».

Guillaume Langlois, médecin à la Coopérative de Solidarité Santé de Sainte-Gertrude, Bécancour.

RÉFÉRENCES

- Bégin C., Bergeron F., Joubert P., (1984). *Gestion en commun des établissements de santé de la Vallée de la Matapédia : une évaluation*. Québec : Ministère des affaires sociales, Direction de l'évaluation des programmes, 192 p. et annexes [54].
- Lamarche P., Lamothe L., Bégin C., Léger M., Vallières-Joly M., (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), p. 71-92.
- Martin, Élisabeth (2014). *Analyse des conditions d'implantation des centres de santé et de services sociaux (CSSS) : Étude de cas de l'intégration verticale de la gouvernance des établissements dans deux régions*. Thèse de doctorat en santé communautaire. Québec : Université Laval, 288 p. et annexes [275].