

LE PROJET CLINIQUE DU MSSS : DE QUELQUES ENJEUX CITOYENS ET COMMUNAUTAIRES

« La réforme actuelle mise sur l'intégration des services pour corriger des lacunes du système de santé et services sociaux quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts. Lors des débats autour du projet de loi 25, l'adhésion des acteurs à ces objectifs a été unanime.

« [...] On note toutefois que la contribution des réseaux de services intégrés est plus éloquente en ce qui concerne les avantages pour la clientèle vulnérable. En contrepartie, les écrits sont plus discrets lorsqu'il est question de l'impact sur l'accessibilité et la continuité des soins.¹ »

« On **définit** le projet clinique comme une **démarche** de chaque réseau local qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la **population** du territoire à partir de divers **modes de dispensation** de services **adaptés** aux réalités locales, articulés entre eux et qui **englobent** l'ensemble des interventions relatives à la promotion, la prévention, le traitement, le suivi, la réadaptation, l'adaptation, le soutien à l'intégration sociale et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels, du potentiel de **contribution** des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent **imputables** des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition. »

Le *Projet clinique* prévoit la mise en place de onze **programmes-services** dont sept s'adressant à des clientèles particulières.

« **Un réseau de services intégrés**, c'est un ensemble de services de santé et de services sociaux de qualité, à court, moyen et long terme, interdépendants et coordonnés sur le territoire local.

« Les services sont offerts en concertation, en partenariat, en collaboration et en complémentarité, grâce à un continuum complet d'interventions préventives, curatives, de réadaptation et palliatives, par des ressources publiques et privées du réseau de la santé et des autres acteurs publics, communautaires, bénévoles et privés.

« [...] dans un souci de gestion optimale des ressources. »

Source : Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Fiche sur le concept d'intégration des services*, juin 2004.

Le *Projet clinique* : un système de santé public ou un système de soins?

« Dans l'optique gestionnaire néo-libérale, la question n'est plus de savoir ce qui, de tel ou tel aspect de la vie sociale et économique, est du ressort de l'État mais de savoir, du seul point de vue de l'efficacité, comment l'action se partage entre d'une part l'État et les collectivités locales, et d'autre part entre des institutions publiques et des « agences », des « services », des « acteurs », appelés génériquement « partenaires » -- qu'ils soient marchands, associatifs, individuels -- auxquels on donne une « mission de service public ». La théorie qui en est faite voudrait que, à une époque d'affaiblissement de l'État et de mise en cause de l'action publique, seule une action négociée entre de multiples partenaires obéissant à des intérêts et à des logiques qui leur sont propres pourrait aujourd'hui *définir et réaliser le bien public*. La loi, en tant qu'elle est uniforme et fruit d'une volonté générale, verrait donc inexorablement son espace se rétrécir au profit d'une contractualisation généralisée des relations sociales. »

Source : Laval, Christian, *L'école n'est pas une entreprise*, La Découverte, 2004

¹ Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Fiche sur le concept d'intégration des services*, juin 2004.

NOUVEAUX TERRITOIRES / NOUVELLES COMMUNAUTÉS ?

Selon le *Projet clinique*, « le découpage des territoires de référence assure la **masse critique** de ressources ». Dans quel but ?

Un diagnostic, posé en 1998 et qui reste d'actualité :

« L'enjeu central qui est en cause ici apparaît être celui de la **conception qu'on se fait de la communauté** : est-elle perçue comme un « système actif de solidarité, de contrôle et de pouvoir des individus et des groupes », une communauté comme « mobilisation sociale », ou bien n'est-elle vue que « comme ressource naturelle mise à contribution pour résoudre les problèmes », comme « premier pallier de services intégrés d'un territoire administratif mû par une politique de subsidiarité comptable? ² »

En 1992, le réseau comptait 663 établissements et autant de CA. En 1997, on ne comptait plus que 424 établissements regroupés sous 356 CA. Aujourd'hui, il n'en compte plus que....

Quelle place reste-t-il au **sentiment d'appartenance** ?

« [Les nouveaux] territoires ne sont pas significatifs d'un point de vue social et communautaire. Les partenaires que les réseaux « locaux » doivent mobiliser ne se reconnaissent pas dans ces bassins de desserte qui sont des territoires administratifs. Ces partenaires existent en fonction d'une autre réalité, soit celle d'un territoire vécu, en général celui d'un CLSC qui correspond à un quartier, une municipalité ou une MRC selon le cas. Sur un territoire vécu, les partenaires se sentent concernés par des problèmes communs et ils ont développé des rapports de proximité et de collaboration entre eux. »

Source : Bourque, Denis, *Nouvelle donne entre réseau public et organismes communautaires*, LAREPPS, 2004.

Selon J. Lamoureux et F. Lesemann (1987), « la réforme des affaires sociales des années 1970 a produit ce paradoxe d'assurer un accès démocratique à des services non démocratiques. »

« Plusieurs auteurs soulignent ainsi que le partenariat initié avec les institutions publiques amène les groupes à devoir se transformer, autant quant à leur mode d'organisation et de gestion qu'au niveau de la façon même de rendre des services. Plusieurs auteurs constatent une professionnalisation accrue et une plus grande spécialisation des tâches et des mandats. »

Source : Proulx, Jean, op. cit.

LA DÉMOCRATIE ET LES PRATIQUES

Le *Projet clinique* insiste sur l'imposition du *modèle des meilleures pratiques basées sur des données probantes*, un modèle provenant du monde médical :

En étudiant l'application de ce modèle au champ de l'intervention psychosociale, Yves Lecomte³ résume les principaux présupposés associés au courant des meilleures pratiques : 1) il faut du changement seulement dans le sens du positivisme ; 2) la recherche empirique et la technologie informatique sont la solution à tous les problèmes des patients ; 3) il faut de l'efficacité à tout prix ; 4) l'uniformisation et l'économicisme doivent primer ; 5) **la relation interpersonnelle est un frein**, etc.

De plus, le *Projet clinique* insiste aussi sur la *standardisation des pratiques*, et par-là, à leur efficacité.

« L'efficacité gestionnaire est érigée en norme suprême au point que l'action sanitaire elle-même est censée pouvoir s'évaluer comme une production de « valeur ajoutée ». Un véritable culte de l'efficacité et de la performance se met en place, qui donne lieu au repérage et au calibrage des « bonnes pratiques » innovatrices qui devront être transférées et étendues à toutes les unités [socio-sanitaires] et, par le dialogue, aux partenaires du réseau⁴. »

² Proulx, Jean, *Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires dans le cadre de la Loi 120 : l'enjeu de la complémentarité*, février 1997.

³ Lecomte, Yves (2003), *Développer de meilleures pratiques*, SMQ, vol.28, no 1, 9-36.

⁴ Laval, Christian, *L'école n'est pas une entreprise*, La Découverte, 2004

Un système de santé et de services sociaux transformé par des coupures massives et une gestion axée sur la productivité :

- Le Défi « **Qualité-Performance** » vise un accroissement draconien de la performance du système. Objectif global de rationalisation : 750 \$ M de 1994 à 1997. C'est dans ce contexte que chacune des régions dut élaborer un plan triennal de transformation du système 1995-1998.
- Le **virage ambulatoire**.
- **Suppression massive de postes et programme d'incitation à la retraite** : 172 308 (1993-1994) à 157 496 (1997-1998).
- Les régions doivent élaborer des plans de consolidation 1999-2002, encadrés par des **ententes de gestion** avec les établissements.

La vision globale du Projet clinique

- Amélioration de la santé et du bien-être de la population
- Accessibilité territoriale aux services
 - Accès équitable aux clientèles ayant des besoins prioritaires pour le territoire du réseau local de services
- Collaboration inter-organisationnelle
- Collaboration interprofessionnelle
- Accès aux services à proximité du domicile
- Utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles

Source : Ass. CLSC / CHLD Qc et AHQ, *Le projet d'organisation clinique*, septembre 2004.

Adopter des valeurs mobilisatrices afin de réaliser un projet d'offre de services de santé et de services sociaux

- L'équité
- L'efficacité
- La pertinence

À ces trois valeurs l'instance locale devra s'assurer de la qualité des services en établissant et mettant à jour les normes et les standards de bonne pratique.

Source : Ass. CLSC / CHLD Qc, *Fiche sur les valeurs*, juin 2004.

AUTONOMIE ET / OU COMPLÉMENTARITÉ : UN « PARADOXE » NON RÉSOLU !

Au cœur de la réforme de 1992, qui reconnaît formellement l'existence des organismes communautaires, on retrouve deux notions « paradoxales ». « Ces deux notions de « complémentarité » (chère à l'État) et d' « autonomie » (chère aux organismes communautaires) constitue le compromis que chacun a dû faire pour décider de s'associer dans ce nouveau partenariat institué par la loi 120⁵. »

« La notion de complémentarité n'est pas nouvelle. Déjà, lors de la mise en œuvre de la réforme Castonguay, elle était au cœur des stratégies de meilleure coordination du système. Dans cet effort de planification et de rationalisation du système de santé et de services sociaux, le principe de complémentarité se voulait l'instrument qui permettrait « une démarcation claire et nette des mandats professionnels et organisationnels, voulue afin d'éviter le dédoublement de fonctions et de favoriser l'efficacité, tout en reconnaissant le rôle de chacun par rapport à l'ensemble de la population. » (White, 1992) Mais, ce principe, « hautement rationnel sur le plan instrumental » a plutôt conduit au corporatisme des établissements. De plus, le principe de complémentarité aurait aussi rétréci la marge de manœuvre des établissements et, en centrant la dynamique du système sur les intérêts professionnels et organisationnels et la définition des besoins par ces mêmes professionnels et technocrates, aurait occulté la « rhétorique communautaire » qu'on voulait promouvoir et la participation de la population à l'identification des besoins locaux.⁶ »

La nouveauté est d'inclure les organismes communautaires dans la notion de complémentarité qui implique un réseau intégré de services (J. Lamoureux).

⁵ Proulx, Jean, *op. cit.*

⁶ *Idem*

Un système de santé et de services sociaux transformé par des coupures massives et une gestion axée sur la productivité (suite) :

- Déficits importants de nombreux établissements, dont surtout hôpitaux. Adoption d'une **loi forçant l'équilibre budgétaire** (2000).
- Adoption, en juin 2001, de nouvelles dispositions législatives : **gouverne, plaintes.**
- Adoption, en décembre 2001, de la nouvelle loi sur la santé publique. Puis adoption du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Mise au rencart du processus d'évaluation de la *Politique de santé et de bien-être* devant mener à son actualisation.

ADAPTATION OU TRANSFORMATION SOCIALE

En 1982, en Angleterre, paraît le *rapport Barclay* qui aura un impact important au Québec et qui propose une nouvelle façon d'intervenir pour contrer la dépendance et la déresponsabilisation.

Inspiré du rapport précédent, le *rapport Brunet* sur les CLSC (1987) propose une définition de la santé comme « **étant la capacité de l'individu à s'adapter à son environnement et à y fonctionner de façon adéquate.** » Le meilleur moyen d'y parvenir est la mise en place de « soins de santé primaires », concept inspiré de l'Organisation mondiale de la santé. Dans cette optique, le rapport Brunet considère que le maintien dans le milieu de vie naturel doit être privilégié comme « philosophie d'intervention » et qu'il faut augmenter toujours davantage la participation des familles par un soutien constant et en s'appuyant sur un réseau d'organismes communautaires toujours plus présent et dont l'action et celle des CLSC sont de mieux en mieux articulées »

Source : Proulx, Jean, *op. cit.*

L'article 1 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* (1991) et qui sert d'assise au réseau de la santé et des services sociaux, est libellé ainsi :

« *Le régime de services de santé et de services sociaux [...] a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.* »

Le modèle communautaire

Le *Projet clinique* retient six modèles génériques. Le *modèle communautaire* devant servir d'assise au programme de santé publique, contient plusieurs composantes dont :

- L'identification des priorités épidémiologiques et des catégories de personnes à haut risque pour les problématiques sociales ou de santé.
- L'inclusion de la communauté comme partenaire.

« Ce programme favorise l'établissement de liens étroits avec l'expertise spécialisée des équipes de santé publique et les partenaires. » On vise ici, entre autres, à « éliminer les activités sans valeur ajoutée ».

Le *Projet clinique* note certaines barrières à son implantation dont :

- L'inertie ou la résistance au changement de la communauté.
- Les barrières de régulation.
- La confusion sur le partage des responsabilités légales et financières des intervenantEs socialEs et intersectoriels.
- La distribution du revenu au sein de la population est le déterminant de la santé sur lequel il y a peu de prise mais qui va influencer les résultats de façon la plus significative.