

10^È ANNIVERSAIRE DE LA FUSION DES ÉTABLISSEMENTS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



Assemblée publique 10 ans de CSSS : quel bilan?

Résumé des présentations et des conclusions des panélistes

https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=0sCbZICPgac

12 mars 2014, à 19h00,
Centre St-Pierre, 1212 Panet, Montréal

Organisé par :

Coalition solidarité santé

www.facebook.com/CoalitionSolidariteSante

<https://twitter.com/cssante>

www.cssante.com

Tél : 514-442-0577





DAVID LEVINE

Ex-ministre délégué à la santé de Québec, et ex-PDG de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pendant dix ans, David Levine est présentement président de D.L. Consultation Stratégique, un groupe de consultation en gestion et leadership principalement dans le domaine de la santé.

PRÉSENTATION

La première ligne :

Il y a 40 ans, le problème était d'avoir des médecins de famille; aujourd'hui, le problème est encore d'avoir des médecins de famille; c'est une constante depuis plus de 40 ans, c'est le plus grand problème.

En 1967, le rapport Castonguay-Nepveu recommandait de développer la première ligne, et que les hôpitaux répondent à cette première ligne.

En 1988 la Commission Rochon et en 2001 la Commission Clair recommandaient toutes deux de développer la 1^{ère} ligne, mais aussi de décentraliser et de régionaliser; qu'il fallait du pouvoir dans les communautés. Le gouvernement de l'époque ne l'a pas fait, par peur de voir les CLSC et leurs budgets en prévention/promotion et action communautaire se faire gober par les hôpitaux.

En 2003, la réforme Couillard a promis de mettre le patient et la famille au cœur du système, et de développer la 1^{ère} ligne avec des médecins de famille et des équipes multi, mais les médecins n'ont jamais voulu. Deux grands dangers pouvaient toutefois en découler: il fallait protéger la santé publique et la promotion, et éviter que les hôpitaux n'accaparent tout l'argent.

Quels ont été les résultats de la réforme Couillard?

- Y a-t-il eu augmentation du volume de services par les médecins? Non. Ils n'en sont pas capables parce qu'ils n'ont pas le bon support professionnel; le support dont ils ont besoin à ce niveau n'est pas technique mais plutôt au niveau de la délégation d'actes vers d'autres professionnels intervenants : infirmières, sages-femmes, etc.
- Pour les maladies chroniques, comme le diabète, le suivi est meilleur qu'avant, mais ce n'est toujours pas celui souhaité par la réforme, ça ne va pas assez loin.
- A-t-on réduit les temps d'attente? Non. Et rien n'a été mis en place pour y arriver.
- A-t-on réduit les coûts, y a-t-il eu économie? Non, zéro \$!... Dans l'ensemble du système de santé, la plus grande croissance des coûts est allée au salaire des médecins, sans plus de services, ni plus de suivi, ni plus d'accessibilité.

- Les services sociaux ont-ils été protégés? Oui et non : on a conservé ce qu'on avait avant, mais sans augmentation ni nouveautés.
- Le système est-il plus hospitalocentrique? Oui. Juste à Montréal, on a près de 7 milliards \$ en constructions d'hôpitaux : CHUM, CUSM, Ste-Justine, Juif, HMR; si ce n'est pas hospitalocentrique, ça, c'est quoi? Si on tient compte en plus que les lits des CHUs seront privés, ce qui n'est pas le cas en Europe ni ailleurs dans aucun autre pays parce que non nécessaire, ça va coûter encore plus cher à gérer qu'actuellement. Les CHUs sont tellement gros, auront coûté tellement cher qu'il sera politiquement trop sensible de ne pas y mettre encore plus d'argent, on va tout leur passer.
- On consacre aussi plus d'argent à l'utilisation des nouvelles technologies et aux médicaments.

Qu'aurait-il fallu faire?

- Investir réellement dans la 1^{ère} ligne : y ajouter beaucoup de personnel;
- Investir dans le milieu communautaire; à Montréal, on investit environ 120 millions \$ mais à mon avis, ça rapporte au moins 500 millions \$. Il a été démontré en Australie que des programmes communautaires en santé mentale pour 18-25 ans étaient les meilleurs.
- Les médecins ont besoin de plus de support pour plus de services; mais le Collège des Médecins refuse les infirmières praticiennes, les sages-femmes, et tout professionnel qui pourrait aider et coûter moins cher, sous prétexte de qualité, alors qu'ailleurs dans le monde, d'autres professionnels font beaucoup d'actes et d'activités réalisés ici par des médecins.

Que conclure?

On peut dire que le volet « réforme de structure » a été fait, mais pas le volet clinique.

L'approche populationnelle, selon les particularités, est encore à faire. Par exemple : sur le tabagisme, une Agence de Santé et Services Sociaux devrait pouvoir donner un budget pour développer une intervention spécifique à un territoire donné.

Il ne faut jamais oublier que si la durée de la vie humaine a augmenté au cours des années, ce n'est pas dû au système de services de santé mais à l'amélioration des habitudes et des conditions de vie. C'est pourquoi la prévention et la promotion doivent s'étendre à l'ensemble des interventions, avec moins d'hôpital, une 1^{ère} ligne adéquate et plus de prise en charge.

CONCLUSION

Les mesures de performance doivent être des mesures de qualité pas de volume. Mais on mesure le volume parce qu'on veut réduire les temps d'attente dans les urgences, on veut trois ou quatre visites à l'heure plutôt que deux. C'est inapproprié!

Les relations de travail sont importantes : la Santé et les Services sociaux, c'est un lieu de travail de personnes avec des personnes malades. Si le milieu n'est pas sain, les malades en souffriront. C'est la responsabilité des gestionnaires d'assurer un milieu de vie sain.

C'est vrai que plus c'est gros et grand, plus c'est difficile à gérer. Mais c'est pire ailleurs dans les autres provinces : un seul DG en Alberta, deux au Nouveau-Brunswick, cinq en Colombie-Britannique, mais c'est un mode de gestion ingérable.

Changer le mode de rémunération des médecins, c'est un changement de culture. On ne l'a pas fait en 1970, et pas plus après, parce qu'on a peur des médecins. D'où vient ce pouvoir?... De la population! Et les médecins le savent et l'utilisent.

On n'a pas fini de travailler pour que les médecins soient égaux aux autres dans des équipes multi. Mais c'est possible. On a vu ça, au début des '70, à Pointe-Saint-Charles, au CLSC Métro, etc, où c'était comme ça. On a vu ça aussi chez les médecins qui pratiquaient des avortements. Mais ce n'est pas ce qui est enseigné dans les écoles.

Le réseau public, c'est un droit, pas un privilège! Malgré ses ratés, le système fonctionne bien comparé à ailleurs. C'est le volet accès qui frustre tout le monde. Et on fait peur à la population en lui racontant qu'elle n'aura peut-être pas de services.

La vision proposée pour les fusions était correcte. La mise en place s'est mal faite. Et les médecins se sont retrouvés au sommet de la pyramide, ce qui n'est pas très bon pour opérer un changement de culture.



JOHANNE ARCHAMBAULT

Possédant plus de 13 années d'expérience comme cadre supérieur en CLSC puis en CSSS, elle a piloté plusieurs projets provinciaux dont l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services pour soutenir l'actualisation des changements proposés par la réforme de 2004.

PRÉSENTATION

Les résultats des fusions :

Des investissements en 1^{ère} ligne, il s'en est fait :

- Vers des populations vulnérables : santé mentale (il y avait très peu d'argent), maladies chroniques, déficience intellectuelle, jeunes en difficultés, aînés, personnes avec cancer;
- Investissements ciblés, sans marge de manœuvre pour adapter si les conditions de la région n'étaient pas les mêmes;
- La nature et les modalités de services étaient entendues au départ, sans flexibilité, impossibilité d'adapter;
- Peu d'investissements dans les services courants; malgré la poursuite du virage ambulatoire, il n'y a pas eu plus de services infirmiers; même chose pour les services psycho-sociaux de base; par exemple, l'accueil psycho-social a eu de nouveaux mandats mais sans nouveaux budgets ni ressources. Les services courants n'ont pas connu l'évolution ou le développement qu'on est en droit de s'attendre du développement d'une 1^{ère} ligne.

Sur la volonté de répartir différemment les budgets entre les missions fusionnées (économiser là pour réinvestir ici, et développer les services) :

Ça n'a pas marché, ça ne s'est pas produit, il n'y a pas eu de redistribution, et les budgets des hôpitaux et des CHSLD ont eu plutôt tendance à s'accroître; il n'y a pas eu de transfert budgétaire de la 2^e et de la 3^e ligne vers la 1^{ère}.

Sur l'amélioration du continuum de services :

- Pour certains services, il y a eu amélioration, mais moins pour d'autres, et il subsiste encore beaucoup d'écueils; par exemple en santé mentale, la vision et les perspectives sont très différentes entre les médecins spécialistes, les médecins de famille, les intervenants sociaux, le milieu communautaire; il y a eu mise en place de services mais pas à la hauteur des attentes;
- On a vu apparaître des rôles spécifiques; par exemple :
 - des gens s'occupant du continuum de services, parfois plus comme gestionnaires de cas avec les Personnes âgées, mais ce fut très variable d'une région à l'autre (certaines plus, d'autres moins);
 - des coordonnateurs de réseau intégré : leur attention était centrée sur le continuum de services;
 - des équipes d'intervention multi-établissements : souvent plus pour accompagner les familles, surtout celles qui ne remplissaient pas tous les critères;
 - « quelques » équipes inter-organisationnelles, dans l'objectif de travailler multi-réseaux : Santé et Services Sociaux, communautaire, municipal, éducation. Cela permettait aux citoyen-ne-s de se référer à une seule organisation plutôt qu'à trois ou quatre. En jeunesse, des équipes CSSS / Centre jeunesse / communautaire / école ont réalisé d'excellentes interventions dans des quartiers

défavorisés, avec moins de ressources et de façon plus intégrée. Même chose en déficience intellectuelle : réadaptation / communautaire / CSSS ensemble ont constitué une seule et même équipe; en santé mentale, une équipe de services intégrés a inclus des intervenants logement.

L'actualisation de la responsabilité populationnelle :

Ce concept est demeuré à compréhension variable; très théorique au début, on l'a laissé aux milieux pour appropriation. On commence à peine à se servir des données populationnelles, mais on n'est pas encore à l'étape de les utiliser pour prioriser les services. Ce n'est pas encore intégré dans les organisations, il n'y a pas encore eu de changements dans les pratiques. Des habiletés sont requises pour travailler ainsi, et elles n'étaient pas maîtrisées, du moins pas au début.

L'augmentation des cadres :

Elle a découlé de la taille importante des organisations, de l'étendue et de la diversité des programmes (toutes les populations, toutes les problématiques imaginables, d'une complexité impressionnante), et du fait que le personnel cadre s'occupait à la fois du contenu clinique et de la gestion.

Le travail en réseau local de services :

Il s'est réalisé un peu plus d'intersectorialité qu'avant, par exemple logement / sécurité publique / municipal, mais c'est encore à la marge. Ça a souvent reposé sur des initiatives individuelles. Pour un suivi, ça prendrait une structure, ça fonctionne quand il y a un budget dédié.

Les conseils de partenaires du réseau local:

Ils ont disparus lentement, parce qu'ils servaient principalement de « marketing » pour les CSSS, de lieu de présentation de leurs services, il ne s'y prenait pas de décisions communes.

La participation citoyenne :

Il y avait un objectif clair d'accroître la participation citoyenne dans le système de Santé et Services Sociaux. Il y a bien eu des comités d'usagers assez diversifiés, avec beaucoup de problèmes et problématiques, représentant différentes couches de la population. On a souhaité des pairs aidants; par exemple en santé mentale, il y a eu contribution des citoyen-ne-s dans les services. Mais règle générale, les citoyen-ne-s sont demeurés très absents, leur participation n'est pas au rendez-vous.

Que conclure?

Le changement entraîné par les fusions a été d'envergure, on en a sous-estimé l'ampleur. On aurait dû le faire par étape, ça aurait peut-être été plus gérable. Avec comme résultat qu'il y a trop peu de prévention, tout est très hospitalocentrique. Et même si on ajoutait des ressources dans ce qui est là, on n'y arriverait pas : il faut travailler en amont.

CONCLUSION

À ne pas oublier : il y a trois niveaux à aligner ensemble : national, régional, local.

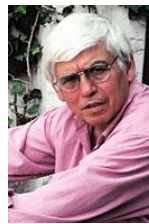
Le médecin de famille : faut relativiser ce besoin, parce que le médecin de famille n'est pas nécessaire quand on est en bonne santé et qu'on a un seul examen à passer en 3-4 ans.

Les proches préfèrent souvent héberger leurs proches malades plutôt que d'avoir des services à domicile, parce qu'ils sont ainsi moins préoccupés par ce qui arrive, ils sont moins inquiets.

Le personnel : sa santé ne va pas bien, parce qu'il y a peu de soutien réel. Partout, il y a eu perte de sens dans le travail. Ça joue un rôle important dans la mobilisation ou non du personnel. Questionnés sur les raisons de la réforme, les gestionnaires répondaient : « Parce qu'il fallait la faire! » Ça n'aidait pas à trouver du sens à son travail!

On a redirigé des citoyens autrement qu'avant, ça a changé les pratiques. Des besoins différents sont apparus, sans qu'on offre de réponses.

Ce qui est fait par les gestionnaires n'est pas toujours pensé et réfléchi. L'exemple de l'offre de services à la périphérie du territoire obligeant à plus de déplacements, entraînant moins d'accès, moins de proximité, ça n'avait pas été pensé pour ça. Trop de changements concomitants ont complexifié les choses. Ajoutons le manque de connaissances et d'habiletés pour gérer ça, et... voilà le résultat!



ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS

Professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, affilié à la Chaire sur la gouverne et la transformation des organismes de santé, au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé et à l'Unité de santé internationale – Université de Montréal.

PRÉSENTATION

45 ans après le rapport Castonguay-Nepveu, 10 ans après les fusions et la création des CSSS, qu'est-ce qui a changé?

Au fond, peu de choses pour les personnes malades et pour les personnes inquiètes.

Chaque individu dépense 5 500\$ par année pour des services de santé; pour une famille de quatre personnes, c'est 22 000\$ par année.

Partout et depuis plus de 40 ans, on dit et on répète qu'on va intégrer, mais que veut le patient? Il veut :

- Être accueilli
- Être observé
- Être écouté
- (Surtout) être rassuré
- Être diagnostiqué et traité
- Être orienté devant le processus de la maladie
- Être suivi
- Avoir des gens attentifs aux problèmes qui ne sont pas guéris, comme les maladies chroniques, il veut être accompagné
- Qu'on fasse attention à la prévention.

Alors, au regard des attentes du patient, que dire de la réforme de 2003?

En général, ça ne marche pas! Et quand ça marche, c'est parce que :

- Il y a une confiance mutuelle entre les professionnels et la communauté (ils sont connus et reconnus par les gens, donc, il y a confiance);
- Le réseau est responsable vis-à-vis une population définie, soit en donnant des services, soit en s'assurant que les services soient donnés (par ex en accompagnant);
- Il y a un haut niveau de coopération entre intervenants et professionnels soignants du réseau;
- Il n'y a pas de rupture entre santé, prévention et services sociaux;
- La gamme de services dispensés dépend des compétences des professionnels et des réseaux; on sait s'adapter aux contraintes et aux compétences qui existent dans les régions; on accepte les différences entre les régions; c'est ce qui fait que les CSSS fonctionnent mieux dans les autres régions qu'à Montréal;

On a fait des réformes de structures, mais pas ce qu'il faut pour permettre de modifier les pratiques du personnel médical, des professionnels, des gestionnaires, des médecins.

Il faut inverser la légitimité du pouvoir actuel : payer plus les médecins de la première ligne que les spécialistes.

Mais évidemment, comme le disait Martin Luther King :

« L'histoire est la longue et tragique illustration du fait que les groupes privilégiés cèdent rarement leurs privilèges sans y être contraints. Il arrive que des individus soient touchés par la lumière de la morale et renoncent d'eux même à leurs attitudes injustes, mais les groupes ont rarement autant de moralité que les individus. »

CONCLUSION

Les systèmes de santé et d'éducation sont les miroirs de la société. Ils accaparent 65% des budgets du gouvernement. Si

le système de santé est inéquitable, ne s'occupe pas des droits des plus démunis, n'est pas respectueux de la dignité humaine, alors c'est que la société toute entière est comme ça.

Actuellement, notre système dysfonctionne beaucoup pour les plus vulnérables, à l'image de notre société. On doit trouver la prise pour changer les choses. Le changement de culture implique un changement, un choix de mots à utiliser.

Nous devons renforcer correctement le système de santé pour montrer que la démocratie peut répondre aux besoins de la population.



RENÉ LACHAPPELLE

Doctorant en Service social à l'Université Laval, il est aussi professionnel de recherche à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire – UQO. Il a été organisateur communautaire au CLSC du Havre et au CSSS de Pierre-De Saurel de 1985 à 2009 et président du RQIIAC de 2002 à 2006.

PRÉSENTATION

De 1972 à 1985 : l'État québécois a été un État entrepreneur de services publics, avec la mise sur pied des CLSC, qui étaient une formule innovante.

De 1986 à la fin 1990 : l'État se voyait plus comme un partenaire; il y a eu développement des groupes communautaires, avec des Régies régionales (RR) comprenant une participation citoyenne, une participation de partenaires.

Avec la réforme Couillard, on a créé des Agences différentes des RR, avec une gestion axée sur les résultats, la Nouvelle Gestion Publique, suivant le néolibéralisme. On n'avait plus de *citoyens*, on avait des *clients* à satisfaire, on a remplacé la *qualité de la santé et des services* par la *satisfaction des clients*. En 2003, on avait des Conseils régionaux de développement (CRD) avec une participation citoyenne, surtout dans les régions autres que Montréal : on les a abolis pour les remplacer par des Conseil régionaux des élus (CRE), qui ressemblent plus à des clubs où on se coopte entre amis.

Les sondages rapportent que :

- La population est inquiète et non satisfaite;
- Ceux qui reçoivent des soins et services sont satisfaits;
- Le réseau de Santé et Services sociaux au Québec :
 - Le moins cher au Canada;
 - Le plus égalitaire en termes d'accès aux services;
 - Le niveau de santé de la population est supérieur à la moyenne canadienne.

Quand on dit qu'il y a des problèmes, ça sert immédiatement d'arguments aux promoteurs de la privatisation.

Les relations entre les CSSS et les organismes communautaires vont plus ou moins bien selon la structure de collaboration.

L'organisation communautaire est disparue en certains endroits, mais en général elle est restée. Le vrai problème est dans la grandeur des territoires et des populations. Parce que faire du travail « avec » les gens, ça prend du temps, c'est de l'investissement, et ça prend des niveaux d'appartenance (10-15 000 hab.), des échelles plus humaines que ce qui existe maintenant et qui sert de plateformes pour les hôpitaux. Les fusions ont rendu plus pénible, voire impossible l'enracinement dans les populations. Les mouvements de personnel à l'intérieur d'un même CSSS sur un très grand territoire viennent augmenter le déracinement et compliquer la compréhension des réalités, et la confiance mutuelle nécessaire entre intervenant-e-s et populations.

Les fusions n'ont pas respecté les territoires d'appartenance. On a plus de spécialistes que de médecins de famille et de première ligne. Les Groupes de médecine familiale (GMF) ne livrent pas la marchandise : on y trouve pas plus de services, les heures de services sont égales ou moindres, mais ça nous coûte toujours le même budget sinon plus cher.

Au final, on a plus de curatif, plus de techniques, et moins d'enracinement et moins d'appartenance.

Les programmes d'intervention sont définis par l'État et la Fondation Chagnon (FLAC). C'est la FLAC qui négocie avec le communautaire, qui n'a pas son mot à dire sur les programmes. Les argents sont de plus en plus ponctuels, pour des projets et non pour le long terme.

Il y a contradiction dans les actions de l'État : il dit vouloir développer et soutenir les régions mais leur retire le pouvoir de décider de leurs services de proximité.

CONCLUSION

Plus encore que les services, les fusions ont bouleversé le personnel à l'interne parce qu'on n'a pas tenu compte des changements et de comment ils étaient vécus par le personnel. On a été brutal. Une équipe de recherche du ministère de la Santé et Services sociaux avait fait les mêmes constats à l'époque dans un rapport au ministère. Rien n'a été fait. La perte de sens dans le travail, c'est majeur. Pour les organisateurs communautaires, le RQIIAC a servi à

développer des solidarités, à garder le cap, le sens de ce qu'il y a à faire. Mais pour les autres corps de métier, il n'y a rien eu. C'est dramatique, cet aspect de la loi 25. Il faut renforcer les lieux où les gens peuvent donner du sens à leur intervention.
