

# La réponse aux besoins de la communauté locale : un grand corps malade

| **Paul Morin**, professeur, École de travail social, Université de Sherbrooke

## FAITS SAILLANTS

- Les réalités et les besoins des communautés locales sont laissées pour compte dans l'organisation des services de première ligne.
- Les CLSC sont devenus des exécutants sans participation citoyenne.

## PROBLÉMATIQUE

Les services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas adaptés aux réalités et aux besoins des populations locales. Il s'agit de l'un des constats prédominants de la consultation publique issue des États généraux du travail social tenue en 2023-2024, et repris dans les recommandations des commissaires (1,2). Lors d'un échange avec l'Ordre des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux du Québec (OTSTCFQ) durant l'étude en Commission parlementaire au printemps 2024 du projet de loi 15 instituant Santé Québec, le ministre Dubé avait relevé que nombre d'organismes avaient justement ciblé la dimension territoriale comme devant être un élément clé structurant l'organisation des services et de la gouvernance. Cette inadaptation des services de première ligne aux besoins des communautés locales a été soulevée également par nombre de chercheurs depuis plusieurs années sous différents angles d'analyse : gouvernance, intervention, planification/coordination, reddition de comptes. À l'assemblée annuelle des Municipalités Régionales de Comté (MRC) en mai 2023, le ministre Dubé a bien présenté aux participants les amendements au projet de loi 15 visant à impliquer les élus municipaux dans la gouvernance des établissements. Toutefois, ce n'est pas cette mesure, aussi intéressante soit-elle, qui va permettre une forme de territorialisation des services prenant en compte les spécificités des communautés locales. Cette inadaptation des services de santé et de services sociaux de première ligne en regard des besoins des communautés locales constitue le fondement de notre démonstration.

### *Le territoire vécu*

Le territoire vécu ne se réduit pas à un simple lieu géographique caractérisé par ses infrastructures et par son environnement naturel. Il s'agit d'un milieu vivant fortement influencé par ses habitants, leurs dynamiques interpersonnelles et sociales, leurs caractéristiques démographiques, leurs histoires et leurs cultures. À son tour, ce territoire influence les personnes qui l'occupent : il leur offre des opportunités à l'actualisation de leurs capacités et pose également des contraintes à leur santé et à leur qualité de vie. Par exemple, il est reconnu que le code postal peut même être plus important que le code génétique (3). De plus, la crise sanitaire reliée à la COVID-19 a exacerbé ces inégalités sociales territoriales de santé (4).

Les recherches en épidémiologie sociale sont en effet probantes : « ...le maintien et l'amélioration de la santé d'une population passent d'abord et avant tout par une amélioration de ces conditions de vie, de travail et de développement psycho-affectif. » (5).

### *La responsabilité populationnelle*

La responsabilité populationnelle est le concept opérationnel employé par le MSSS permettant de « [...] prendre en compte l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population d'un territoire pour agir sur les déterminants de la santé et pour offrir, en collaboration-partenariat avec les acteurs du territoire, des interventions et des services pertinents et de qualité, gérés de manière optimale » (6). Chaque centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour ce faire doit :

- Rendre accessibles des services sociaux et de santé qui correspondent aux besoins locaux;
- Garantir l'accompagnement et le soutien nécessaires des personnes;
- Agir en amont sur les déterminants de la santé (7).

De tels services de première ligne devraient donc être adaptés localement, sous la responsabilité de la structure des ou du centre local de services communautaires (CLSC) des établissements. Ceci est congruent avec l'approche communautaire en CLSC qui est une pratique répondant à des enjeux locaux afin de favoriser la cohérence des actions (8-10). Cependant, cette adaptation territoriale des services se bute au fait que les interventions sociales des établissements « ... sont compartimentées entre des services-clientèles et qu'il existe peu d'intégration entre ces différents secteurs, ce qui n'est pas sans conséquence pour le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, les limites « d'un service pour chaque problème » sont de plus en plus pointées du doigt comme une source de la consommation grandissante des services et de l'explosion des coûts qui en découle » (11).

## CONSTATS ET CONSÉQUENCES

### *Le travail en silo*

Nous estimons que cet état de fait s'est exacerbé depuis ce constat puisque les problèmes sociaux et de santé, et leur résolution, sont encore moins qu'auparavant envisagés en référence à des communautés locales. Le territoire local demeure un impensé en regard de sa globalité et de sa complexité, sans réelle planification durable, coordonnée et intersectorielle, permettant une lecture concertée et une compréhension commune des divers enjeux présents sur de tels territoires. Tel est d'ailleurs le constat du Comité des usagers du CSSS Lucille Teasdale :

« Le travail en silo domine dans les programmes et entre les programmes : les collaborations intra-établissements entre les différents types de services (jeunesse, aîné, communautaire, santé mentale, etc.) sont grandement ralenties par leurs structures hiérarchiques. Les intervenants n'ont pas de sentiment d'appartenance à leur établissement et il en va de même pour la population. Les modes d'intervention, déterminés par les institutions et la compartimentation de la population en clientèle-cible, éloignent de fait les praticiens des facteurs liés au milieu de vie et reliés au problème ou

symptôme de la personne. » (12) En Estrie, malgré sa pertinence quant à la mise en valeur des besoins des communautés locales sur la base des 113 territoires vécus, le Tableau de bord des communautés n'a exercé aucune influence sur la territorialisation des services des différents programmes clientèles. Il s'agit pourtant d'une initiative de l'Observatoire estrien en développement des communautés et de la Direction de la santé publique en existence depuis plus d'une décennie (13).

Faut-il alors se surprendre que le Commissaire à la santé et au bien-être ait fait le bilan suivant : « Même s'ils continuent à interagir avec de nombreuses organisations publiques, privées et communautaires de divers secteurs, notamment les principaux acteurs sociaux économiques de leur milieu, les CLSC sont devenus des exécutants au service des priorités du MSSS et des CI(U)SSS. On peut s'interroger sur la capacité actuelle des CLSC à remplir leur rôle de coordination locale au sein de la communauté et à arbitrer les choix de couverture et d'intensité de services requis pour répondre à des besoins grandissants. » (14). De plus, les groupes de médecine de famille (GMF) n'ont pas de desserte territoriale et ne sont pas imputables à la population d'un territoire donné tout comme la composante CLSC de Santé Québec.

### *Hors du nombre, point de salut*

La structure centralisée et le financement du réseau public favorisent le traitement curatif des problèmes de santé au détriment de la prévention. Depuis la *Loi sur l'administration publique* en 2000 (L.R.Q., c. A-6.01), l'administration publique québécoise a accordé une importance croissante aux mécanismes de reddition de comptes dans le but de maximiser la production des services à partir de ressources financières disponibles limitées. Cette forme de « gouvernement par les nombres » (15) privilégie une logique gestionnaire dans une optique de normes d'efficacité, d'efficience et de productivité. Ces cibles sont constituées d'indicateurs quantitatifs documentant essentiellement le volume de services prodigués (nombre d'interventions) et l'intensité de ces services (nombres d'interventions/usager/période).

## CONCLUSION ET RÉFLEXION

### *Une vision holistique*

Il importe donc de prendre acte des particularités territoriales et de leurs dynamiques populationnelles afin d'adapter les services de première ligne à la population sur la base de ce principe cardinal. Ceci exige une vision holistique et une cohérence dans les actions gouvernementales. Pourquoi a-t-on alors la désagréable impression que malgré l'affirmation gouvernementale de la complémentarité des politiques publiques, on a plutôt droit à des voies parallèles et au langage distinct de chaque ministère? Est-ce donc si difficile d'être innovant et créatif tout en planifiant?

Je plaide en faveur d'institutions multifonctionnelles, d'une grande plasticité, diverses et assez souples afin de pouvoir s'adapter aux besoins et savoirs locaux (16).

## RÉFÉRENCES

1. Bourque, D. (dir.) (2024). *Mettre en œuvre le travail social de demain*, PUQ.
2. Institut du Nouveau Monde, (2023). Consultation dans le cadre des États généraux du travail social. Constats et recommandations des commissaires, Montréal, 18 décembre.

3. Institut national de santé publique du Québec /Initiative de partage des connaissances en développement des communautés (2015). *Se positionner comme CISSS/CIUSSS pour soutenir le développement des communautés*, Québec.
4. Morin, P. (2022). Les pratiques intégrées et le travail social à l'épreuve de la pandémie : l'exemple de l'intervention de quartier à Sherbrooke (Québec, Canada), p 119-142 dans *Lechaux, P. (dir) Les défis de la formation des travailleurs sociaux*, Entre universités et écoles professionnelles, L'Harmattan.
5. Renaud, M. (1990). Colloque de la Fédération des CLSC sur la santé mentale.
6. Initiative de partage des connaissances en développement des communautés (2012).
7. Institut national de santé publique du Québec (2023). *Responsabilité populationnelle : unissons nos forces pour l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population*, <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>
8. MSSS (2023). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité, Cadre de référence, Québec.
9. MSSS, 2004, Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Québec, 75 p.
10. Roy, M., (1988) *Les CLSC*, Éditions Albert St-Martin, 172 p.
11. Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2010). La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Une révision des rôles et des responsabilités s'impose, Montréal.
12. Comité des usagers du CSSS Lucille Teasdale (2019). *Texte de réflexion*, 2 p.
13. Observatoire estrien en développement des communautés et Direction de la santé publique. <https://oedc.qc.ca/tableau-de-bord-des-communautes-de-lestrie/>
14. Commissaire à la santé et au bien-être (2023). Bien vieillir chez-soi, Tome 3 : Poser un diagnostic pour agir. Degré de mise en œuvre de la Politique de SAD de 2003 au Québec, 75 p.
15. Desrosières, A. (2014). *Prouver et gouverner*, La Découverte, 288 p.
16. Scott, J.C (2021). L'œil de l'État, Moderniser, uniformiser, détruire, La Découverte.

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.