

Évolution des politiques de santé au Québec : la première ligne en perte de vitesse?

Elisabeth Martin, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval et chercheuse régulière à VITAM – Centre de recherche en santé durable

Jean-Paul Fortin, professeur titulaire retraité, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval et chercheur régulier à VITAM – Centre de recherche en santé durable

Anna Larice Meneses Galvao, étudiante au doctorat en santé publique et communautaire, Université Laval et membre étudiante de VITAM – Centre de recherche en santé durable

FAITS SAILLANTS

- Depuis plus de cinquante ans, des réformes successives ont transformé la gouvernance du système de santé et de services sociaux, plusieurs modulant fondamentalement l'orientation et l'organisation de la première ligne.
- Certaines politiques ont été fortement inspirées des idées véhiculées dans les trois grandes commissions d'enquête sur la santé et les services sociaux. Toutefois, aucun bilan global de l'évolution du Québec et de son système de santé et de services sociaux n'a été réalisé depuis les 25 dernières années afin de fonder une politique de transformation du réseau.
- L'État québécois a de plus en plus régulé son système en transformant périodiquement les structures, en regroupant ses établissements et en privilégiant la centralisation de sa gouvernance.
- L'ancrage dans les régions sociosanitaires est demeuré, à travers le temps, un référent territorial important pour l'organisation des services, mais la gouvernance locale s'est transformée. Ces choix ont conduit à des pertes de plus en plus importantes pour le fonctionnement de la première ligne.

INTRODUCTION

Tout comme plusieurs systèmes sociaux, les systèmes et les services de santé influencent l'état de santé des populations. Au Québec, tant la recherche scientifique que les diverses commissions d'enquête ont montré que la première ligne doit constituer un pilier du système de santé et de services sociaux. L'objectif de cet avis est d'examiner, à travers un regard macroscopique, la transformation de l'organisation de la première ligne en analysant les principales politiques de santé touchant la gouvernance du réseau depuis 1970. L'évolution de la première ligne est ici cernée en distinguant quatre phases distinctes de réformes.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX PRINCIPAUX

1970-2000 : de la Commission Castonguay-Nepveu à la Commission Rochon

La Commission Castonguay-Nepveu (1967-1972) (1) souligne l'importance de créer un système public cohérent et articulé, ancré dans une vision sociale de la santé s'éloignant de l'hospitalo-centrisme, et gouverné à travers un modèle régionalisé. Ces orientations inspireront la mise en place d'institutions et d'instruments législatifs et de gouverneurs fondateurs du système, dont le ministère des Affaires sociales et l'Office des professions, mais structureront aussi une réflexion sur la première ligne. Le développement des centres locaux de services communautaires (CLSC), porté par des communautés locales, permet de joindre la santé et le social. La création des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) représente un premier pas vers une gouvernance régionale et celle des départements de santé communautaire (DSC) dans les hôpitaux, une façon d'ouvrir ce milieu sur la communauté afin d'améliorer la santé de la population (2). Parallèlement au système public s'amorce cependant le développement d'un modèle de pratique médicale privée fondé sur la rémunération à l'acte.

Quinze ans plus tard, Jean Rochon fera le point sur la métamorphose de la société québécoise, l'évolution des problèmes sociaux et de santé et sur l'état du réseau. S'inspirant de son expertise, des données probantes et des idées véhiculées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans *La santé pour tous à l'an 2000* (3) — qui déclare la santé comme un droit fondamental, la réduction des inégalités et l'engagement politique de l'État envers la santé comme essentiels — la Commission Rochon (1985-1988) (4) réaffirmera que l'amélioration de la santé et du bien-être doit être la finalité du système. Elle défendra des principes qui sont les fondements d'une première ligne forte : l'interdisciplinarité, la démocratisation et la participation de la population, l'action intersectorielle, l'approche globale de la personne et l'apport essentiel du secteur communautaire. C'est dans cette perspective qu'elle souhaitera la consolidation du réseau des CLSC comme porte d'entrée de première ligne. Elle suggérera également de contrebalancer un système noyauté par les groupes d'intérêts en décentralisant la prise de décision, en redonnant une voix aux communautés et leur importance aux dynamiques locales. Lors de la réforme de 1991, la gouvernance régionale s'imposera à travers la création de Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) responsables d'administrer et d'organiser les services selon leurs réalités territoriales particulières. Dans la foulée, le Québec se dotera d'une politique (Politique de la santé et du bien-être (PSBE) — 1992) (5) positionnant la santé et le bien-être au cœur du développement social, en montrant comment le système de santé et de services sociaux peut y contribuer efficacement. De même, Jean Rochon, alors devenu ministre, ne pourra, en contexte d'austérité, qu'amorcer son virage ambulatoire visant à passer d'un modèle de soins institutionnels à des services plus près des milieux de vie. S'amorça aussi une vague de fermetures d'hôpitaux et regroupements de CLSC-centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), accompagnées de mises à la retraite massives du personnel de santé.

2000—2015 : la Commission Clair et ses suites

Après une décennie d'intenses transformations, la Commission Clair (2000-2001) (6) insistera d'abord sur l'importance de la prévention et proposera une mise à jour de la PSBE de manière à en faire un « instrument d'intégration de la vision et des valeurs de la société québécoise, de ses choix et des orientations qu'elle souhaite donner au système

de santé » (p. 33). Trois thèmes-phares teinteront ses travaux : la gestion et l'imputabilité, la continuité et l'intégration. Vue comme l'assise du système, la première ligne devient dorénavant organisée autour de deux portes d'entrée principales : les CLSC pour le volet social et les groupes de médecine de famille (GMF) pour les services médicaux. Les GMF seront déployés à partir de 2002, mais ne desserviront pas l'ensemble de la population. En effet, l'offre de services n'y sera pas planifiée sur une base territoriale, mais bien en fonction de patients inscrits et d'engagements négociés notamment en matière d'accessibilité dans le cadre d'un programme ministériel. D'abord fondée sur le travail en équipe interdisciplinaire médecins-infirmières, la pratique interdisciplinaire en GMF sera très progressivement élargie.

La Commission Clair recommandera aussi le regroupement des établissements publics de première ligne (centres hospitaliers (CH)-CLSC-CHSLD) sous une gouverne unique dans un territoire donné, une idée actualisée en 2003 (7). Des Agences de santé et de services sociaux (ASSS) succéderont aux RRSSS et devront proposer un schéma de territoires locaux dans lesquels les établissements seront fusionnés. Dès lors, le découpage de contours géographiques qui puissent respecter des territoires naturels (comme celui des municipalités régionales de comté (MRC)) a fait l'objet de négociations politiques et s'est avéré un enjeu crucial pour les acteurs locaux (8).

Quatre-vingt-quinze (95) centres de santé et de services sociaux (CSSS) verront le jour avec l'objectif d'ancrer la gestion de la première ligne au palier local, dans une dynamique territoriale, et de la connecter avec les services spécialisés de deuxième ligne. Ces fusions ont engendré des chocs de culture, l'approche communautaire et hospitalière devant dorénavant cohabiter. Aussi, la réforme a amené une configuration de conseils d'administration privilégiant des profils d'expertise en gestion, au détriment de la place octroyée à la population et aux pouvoirs locaux (8). Inspirée du secteur privé, la nouvelle gestion publique sera promue, se centrant davantage sur les processus et leur performance que sur les besoins sociaux et de santé (9).

Le principe de la responsabilité populationnelle est par ailleurs introduit, articulé à travers un mode de gouvernance intersectorielle. En effet, le CSSS et ses partenaires du territoire, fédérés dans des réseaux locaux de services (RLS), doivent dorénavant assumer une responsabilité collective pour soutenir le développement d'un projet clinique d'organisation des services de première ligne qui réponde à l'ensemble des besoins de la population locale qu'ils soient ou non exprimés (10).

2015—2023 : une transformation radicale

Dix ans plus tard, une nouvelle réforme structurelle centralisatrice est introduite en 2015 (11), et ce, encore dans une période d'austérité budgétaire. L'ensemble des établissements de santé et de services sociaux¹, incluant la mission de santé publique, seront regroupés dans un seul établissement territorial, le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) dont l'ancrage géographique correspondra, à quelques exceptions près, à celui du contour des régions sociosanitaires existantes (12).

¹ Les établissements visés sont les CSSS locaux, de même que ceux à portée régionale spécialisés (Centre jeunesse (CJ), Centres de réadaptation (CR) et certains Centres hospitaliers universitaires (CHU)) et les Agences de santé et de services sociaux (ASSS).

La première ligne est directement touchée, devenant un sous-ensemble d'un établissement à dominance largement hospitalière, médicale et surtout spécialisée. Déjà complexes à gérer, vu la diversité des missions locales et régionales, les organisations gagnent aussi en taille, éloignant les conseils d'administration des enjeux et des partenaires locaux. De plus, cette réforme n'était pas vraiment conséquente à une vision renouvelée d'une PSBE et à une stratégie claire de gestion de changement, si bien que le choc managérial sera majeur. La responsabilité populationnelle est maintenue, mais les conditions pour l'assumer seront transformées. Elle doit maintenant se déployer à travers des réseaux territoriaux de services (RTS) plus vastes, qui plus est dans un contexte où les missions sociales et de santé publique seront affectées par le nouveau mode de gouverner et des enjeux financiers (2,12).

En somme, cette réforme entraînera l'abolition d'un palier de gouvernance du système, une rupture par rapport au modèle à trois paliers que le Québec avait toujours connu depuis les années 1970 et qui avait été jugé essentiel par les commissions d'enquête (12). Ne subsisteront que le palier provincial et un palier territorial, constitué des CISSS/CIUSSS qui amalgament les responsabilités jadis locales et régionales et opèrent sur des territoires plus vastes et hétérogènes. Ce modèle remet en interaction directe le central et les établissements, alors que la régionalisation s'était autrefois imposée comme une instance intermédiaire beaucoup plus près du terrain et à même de réaliser les arbitrages (13). Poursuivant sur un mouvement déjà amorcé, le nombre d'établissements publics diminue de 182 à 34 (12).

2023 à aujourd'hui : vers Santé Québec

Suivant le mouvement amorcé dans d'autres provinces canadiennes, dont certaines envisagent maintenant de faire marche arrière, le gouvernement du Québec annoncera, encore moins de 10 ans après l'expérience des CISSS/CIUSSS, la création de Santé Québec. Le projet de loi 15 prévoyait la mise en place d'une agence centralisée provinciale, sous la forme d'une société d'État, pour gérer l'ensemble des services de santé et des services sociaux sur le territoire québécois. Les CISSS/CIUSSS demeurent, mais sont dorénavant intégrés à Santé Québec en tant qu'entités administratives et sont maintenant dotés de conseils d'établissements plutôt que de conseils d'administration à proprement parler. L'objectif de cette réforme est de séparer le « quoi » du « comment », le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devant rester centré sur la planification et les orientations, et Santé Québec devant gérer la manière de les opérationnaliser dans le réseau, tout en coordonnant les activités des établissements publics, privés et des autres prestataires de services (14). Des projets de politiques de première ligne et de prévention sont sur la table.

Le projet pose un imposant défi de mise en œuvre, encore davantage sous l'angle d'une première ligne jugée en situation de crise, d'autant que la transformation s'accompagne à nouveau de restrictions budgétaires importantes. En matière de gouverner, il s'accompagne davantage d'une culture de gestion d'entreprise que d'une transformation du secteur public revisitant un projet social comme le décrivaient les Commissions d'enquête.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Que nous fait voir cette rétrospective historique des grandes politiques de santé adoptées par l'État québécois depuis plus de cinquante ans à l'égard de la première ligne?

Tout d'abord, les trois grandes commissions d'enquête menées depuis 1970, en tant que lieux de construction d'idées informées de perspectives diverses (chercheurs, société civile, décideurs et professionnels, entre autres) ont constitué des sources d'inspiration importantes et cohérentes pour les politiques publiques mises en œuvre dans le réseau. Depuis 2000 toutefois, aucun bilan exhaustif des transformations implantées n'a été réalisé, ni d'examen de l'évolution de la société québécoise, de sa santé et de ses déterminants, ce qui aurait pu faire naître un instrument d'intégration des choix politiques.

En effet, d'une vision favorisant la convergence de la santé et du social, le modèle de première ligne s'est progressivement scindé. La première ligne du système public s'est configurée au gré des regroupements d'établissements et d'une centralisation plus importante alors que la première ligne médicale s'est plutôt structurée autour du modèle GMF, sous le coup d'incitatifs principalement financiers. L'État a donc une capacité de régulation différenciée à l'égard de ces deux pôles, mais avec des défis qui persistent à l'égard notamment de l'accessibilité et de l'équité. De même, les innovations technologiques, cliniques et informationnelles ont difficilement trouvé leur chemin jusqu'à la première ligne.

Aussi, le principe de la responsabilité populationnelle, en promouvant une gouvernance en réseau et intersectorielle, demeure porteur pour l'articulation d'une vision élargie de la première ligne axée sur la santé des populations. À ce titre, les RLS devaient constituer des lieux d'arrimage avec les acteurs locaux, mais les territoires de concertation se sont substantiellement agrandis avec l'arrivée des CISSS/CIUSSS et leurs RTS. À ce jour, ces modes de gouvernance demeurent peu évalués. Qui plus est, la contribution des GMF à la responsabilité populationnelle requiert des ajustements dans un contexte où ceux-ci n'opèrent pas sur base géographique.

Enfin, sur le plan de la territorialité, l'évolution des réformes montre que l'ancrage dans les régions sociosanitaires, instauré dès 1970, a traversé l'épreuve du temps et demeure une référence en matière d'organisation des services (12). En contrepartie, la gouvernance locale, essentielle pour l'articulation d'une vision de première ligne adaptée aux besoins, a progressivement et substantiellement perdu de la vitesse sous le poids d'une tendance lourde de regroupements d'établissements (12,15). La fusion a donc constitué l'instrument de gouverne privilégié, motivée par l'idée que de transformer les structures du système de santé permettrait de réaliser des gains sur l'organisation clinique (8,12). La tendance à la centralisation a fait disparaître l'infrastructure décisionnelle locale, au premier chef, les conseils d'administration d'établissements où pouvaient se faire entendre diverses voix, dont celle de la population. Dans ce contexte, la capacité d'agir de la première ligne se trouve amputée par la dilution progressive de l'ancrage dans la communauté, qui permet une lecture locale et contextualisée des besoins, enjeux et pistes de solution, là même où se trouvent les conditions d'amélioration de la santé et du bien-être.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

En conclusion, le système de santé et de services sociaux québécois a connu une évolution rapide, marquée par nombre d'épisodes de réformes successives, de plus en plus structurelles et généralement inachevées qui ont impacté de façon majeure sa gouvernance et la façon d'envisager la structuration et l'orientation de la première ligne. L'État a donc exercé sa capacité de régulation en utilisant les politiques publiques pour orienter l'évolution de la première ligne. Toutefois, la capacité d'apprentissage de ces réformes demeure minime, vu le peu de travaux réalisés pour les évaluer et remettre en perspective les transformations du Québec, ses besoins de santé et d'organisation des services, notamment sous l'angle de l'évolution des technologies. Pourtant, la capacité à tirer des leçons du terrain demeure fondamentale dans la mesure où le système doit considérer et refléter les attentes et les besoins de la population. Des stratégies et des mécanismes d'évaluation évolutive et de recherche d'impact intégrés deviennent dès lors essentiels pour l'évolution de notre système de santé et de services sociaux.

RÉFÉRENCES

1. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. (1967). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Éditeur officiel du Québec.
2. Gagnon, F., Clavier, C., Couture-Ménard, M.-E., & Martin, E. (2023a). La santé publique au Québec: structuration, transformations et positionnement. Dans F. Gagnon, E. Martin, & M.-H. Morin (Eds.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations* (pp. 187-203). Les Presses de l'Université du Québec (PUQ).
3. Organisation mondiale de la santé. (1981). *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. Organisation mondiale de la santé.
4. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Publications du Québec.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec.
6. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). *Les solutions émergentes: rapport et recommandations*. Gouvernement du Québec.
7. Québec. (2003). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Projet de loi no. 25 (2003, chapitre 21). Éditeur officiel du Québec.
8. Martin, E. (2014). Analyse des conditions d'implantation des centres de santé et de services sociaux (CSSS): Études de cas de l'intégration verticale de la gouvernance des établissements dans deux régions. Thèse de doctorat en santé communautaire, Université Laval.
9. Bourque, M., Grenier, J., Drouin-Soucy, F., Barbe, M., & Bilodeau, D. (2023). Les paradoxes du lean management et les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Dans F. Gagnon, E. Martin, & M.-H. Morin (Eds.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations* (pp. 119-131). Les Presses de l'Université du Québec.

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux: Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec.
11. Québec. (2015). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, Projet de loi no. 10 (2015, chapitre 1). Éditeur officiel du Québec.
12. Martin, E. (2023). Le système de santé et de services sociaux au Québec : assises, réformes et tendances. Dans F. Gagnon, E. Martin, & M.-H. Morin (Eds.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : Territorialité et santé des populations* (pp. 45-63). Les Presses de l'Université du Québec.
13. Martin, E., Pomey, M.-P., & Forest, P.-G. (2010). One Step Forward, One Step Back: Quebec's 2003-04 Health and Social Services Regionalization Policy. *Canadian Public Administration*, 53(4), 467-488.
14. Québec. (2023). Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. Projet de loi 15 (2023, chapitre 34). Éditeur officiel du Québec.
15. Usher, S., Denis, J.-L., Préval, J., Baker, R., Chreim, S., Kreindler, S., Breton, M., & Côté-Boileau, É. (2021). Learning from health system reform trajectories in seven Canadian provinces. *Health Economics, Policy and Law*, 16(4), 383-399. <https://doi.org/10.1017/S1744133120000225>

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.