



Consultation sur la proposition d'organisation de réseaux  
de services de santé et de services sociaux

## MÉMOIRE

Présenté par la

Corporation de développement communautaire (CDC)  
de Sherbrooke

À l'Agence de développement de réseaux locaux de services de  
santé et de services sociaux de l'Estrie

Sherbrooke, le 6 avril 2004

## SOMMAIRE

Note sur les autres CDC (page 2)

Introduction (page 3)

Présentation de la CDC de Sherbrooke (page 3)

Point de vue de la CDC de Sherbrooke sur le rôle de la nouvelle Agence, des réseaux locaux intégrés et du modèle communautaire en santé et services sociaux (page 4)

Questionnements et inquiétudes vis-à-vis des réseaux intégrés et du processus menant à leur implantation (page 7)

Les attentes de la CDC de Sherbrooke et des organismes communautaires en santé et services sociaux envers l'Agence, les réseaux intégrés et le gouvernement du Québec (page 12)

Conclusion (page 13)

Le présent mémoire a été lu et appuyé par les CDC suivantes :

CDC du Granit  
CDC du Haut-Saint-François  
CDC Memphémagog  
CDC du Val-Saint-François

## Introduction

Le présent mémoire constitue une façon pour la CDC de Sherbrooke de participer aux réflexions et démarches entreprises par plusieurs acteurs sociaux dans le cadre de la consultation relative à la création et à l'implantation des réseaux locaux de services de santé et services sociaux en Estrie.

Nous soumettons, dans la présente, notre vision du rôle de la nouvelle Agence et des réseaux intégrés, nos questionnements, nos inquiétudes, nos attentes et nos recommandations eu égard à plusieurs problématiques que leur implantation soulève, notamment le changement radical du rôle des CLSC, la transformation des relations entre les organismes communautaires de santé et services et l'État, le déficit démocratique, les risques d'une orientation très clinique et curative (centrée sur la maladie et l'hôpital) des services de santé au détriment d'une approche globale et communautaire de la santé, basée sur la prévention et la promotion de la santé, etc.

## Présentation de la CDC de Sherbrooke

La CORPORATION DE DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE (CDC) DE SHERBROOKE est le seul regroupement multisectoriel d'organismes communautaires de la MRC de Sherbrooke. Elle regroupe actuellement cinquante-sept (57) organismes communautaires et d'économie sociale de Sherbrooke.

### Mission de la CDC de Sherbrooke

Notre mission, tout comme celle des autres CDC, est de regrouper les organismes communautaires oeuvrant dans différents secteurs d'activités en vue d'assurer la participation active du mouvement communautaire au développement social et économique du milieu sherbrookoïse.

### Objectifs de la CDC de Sherbrooke

La CDC de Sherbrooke poursuit différents objectifs :

- Rassembler les organismes communautaires de Sherbrooke afin de participer activement au développement social et économique du milieu sherbrookoïse.
- Promouvoir le développement communautaire dans le milieu, en faisant connaître les ressources et les réalisations.
- Consolider et dynamiser l'action communautaire par la concertation, la mise en commun des ressources, le partage d'information, la formation et tout autre moyen jugé pertinent par ses membres.

- Promouvoir le développement communautaire auprès des différentes instances et groupes d'intérêts du milieu.
- Susciter l'implication du milieu pour le développement communautaire, en s'appuyant sur la vision d'économie solidaire, dans l'intérêt d'un mieux-être collectif.

## Point de vue de la CDC de Sherbrooke sur le rôle de la nouvelle Agence, des réseaux locaux intégrés et du modèle communautaire en santé et services sociaux

Le concept de « réseaux intégrés de services » s'appuie sur des objectifs qui sont poursuivis depuis plusieurs années par les autorités gouvernementales, et que nous partageons avec nombre de citoyens, intervenants et gestionnaires. Le discours et les orientations gouvernementales véhiculent en effet depuis quelques années les notions d'Intégration des services de première ligne entre eux (intégration horizontale) et entre les services de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes (intégration verticale), dans l'optique de briser le fonctionnement en parallèle (en silo) de professionnels, d'établissements et d'organismes autonomes, en vue de permettre une meilleure continuité et accessibilité aux services. Toutefois, le modèle d'organisation de services proposé par l'Agence de développement des réseaux intégrés de services de santé et de services sociaux de l'Estrie (qu'on désignera simplement par « l'Agence » dans ce document) est loin d'être adéquat pour plusieurs raisons (voir plus loin dans nos questionnements).

Dès 1996, la Loi 116 allait déjà dans le sens des réseaux intégrés de services, en permettant la fusion des CLSC avec les CHSLD et les hôpitaux de moins de 50 lits. Dans la région de l'Estrie, six (6) territoires de MRC ont vu leurs établissements de services sociaux et de santé fusionner sous une seule administration, ce qui a donné lieu à la création de nouvelles entités où la population locale avait encore son mot à dire dans l'orientation et la gestion des services. Selon des observations relevées par des témoins directs, il semble en effet que le respect des missions respectives de chaque établissement d'origine a pu continuer à prévaloir dans certains cas, à travers la recherche de nouveaux arrangements autour de projets d'intégration d'activités cliniques pour des clientèles ou des programmes spécifiques. Lorsque que cela a pu se produire, on peut l'attribuer à certains facteurs non validés scientifiquement, mais néanmoins suffisamment crédibles pour les avancer comme hypothèses :

- l'équilibre des rapports de force que permettait la taille comparable des établissements regroupés;
- la participation directe des citoyens et intervenants professionnels ;
- et les liens de proximité qu'on a réussi à maintenir avec les partenaires locaux du domaine socio-sanitaire et des autres secteurs.

Par ailleurs, à notre connaissance, par-delà la facilitation de la gestion administrative et financière pour les directions d'établissement pour la réalisation des programmes généraux et spécifiques, dans l'application des orientations et décisions ministérielles de programmes, on ne peut raisonnablement dégager des constats sûrs sur les résultats de ces fusions :

- a-t-on réellement atteint dans ces territoires une meilleure intégration des services pour les clientèles-cibles ?
- a-t-on pu favoriser l'accessibilité et la continuité, garantes d'une plus grande qualité des services et d'une plus grande efficacité et efficience auquel on aspire avec l'implantation des réseaux intégrés de services ?
- a-t-on pu atteindre une amélioration de l'état de santé de la population de ces territoires et un niveau d'approche globale de promotion et de prévention de la santé et de mise à contribution des partenaires dans des stratégies et projets d'action intersectorielles ?

Il est difficile de répondre à ces questions de fond. Le moins qu'on puisse dire, c'est que les résultats ne sont pas apparents, en regard des objectifs généralement visés par les projets de réseaux intégrés de services. Là où on affirme que les résultats sont positifs, encore faudrait-il pouvoir les nommer précisément et, dans le cas de retombées cliniques positives pour les usagers et les intervenants, déterminer si on aurait pu les atteindre autrement en misant sur des formules d'intégration fonctionnelle et clinique, possibles sans fusion administrative. S'il existe de telles études démontrant les avantages réels des fusions administratives sur les autres formes d'intégration, il y aurait grandement intérêt à s'en inspirer pour qu'on puisse s'appuyer sur les points forts qui s'en dégagent et en éviter les points faibles. De la sorte, les orientations mises de l'avant par la loi 25 et les directives qui les balisent pourraient comporter des garanties et conditions permettant de mieux atteindre les objectifs visés.

En d'autres termes, pour notre CDC, la mise en place de nouveaux réseaux locaux de service de santé et de services sociaux ne garantit en rien l'amélioration et la continuité des services de santé et des services sociaux pour la population. Partant, l'intégration administrative ou la fusion ne constitue pas la seule solution qu'il faille imposer partout en Estrie et au Québec.

Telles qu'elles sont formulées, par-delà les dimensions de restructuration administrative obligeant les établissements déjà fusionnés ou non à se constituer en nouvelles instances locales de réseaux de services, ces balises nous semblent présenter une menace pour la perspective communautaire d'intervention socio-sanitaire encore présente et possible dans les établissements fusionnés. Nous ne voulons pas défendre en soi un établissement, mais bien faire valoir que malgré ses failles, l'expérience des CLSC est déjà un exemple d'un modèle de services de première ligne orienté vers une certaine forme d'intégration de services, dont la valeur est reconnue ailleurs dans le monde. Le modèle d'intervention de type CLSC s'appuie sur une approche territoriale, orientée vers toutes les catégories

d'âge et par la prise en compte de l'ensemble des variables qui sont présentes dans les problèmes de santé, dont les conditions de vie et les ressources du milieu. La mission de CLSC est marquée par une histoire d'établissement portant une philosophie et une approche de services de première ligne de type communautaire, soit l'intégration des services médicaux et sociaux dans une perspective multidisciplinaire globale, combinant le curatif et le préventif, la promotion de la santé et le développement des communautés. L'approche territoire mise de l'avant, par exemple dans les programmes enfance, famille et adultes ou personnes âgées, permet d'inscrire la promotion et la prévention de la santé dans des stratégies beaucoup plus vastes, au sens communautaire et écologique, que les programmes ciblés de santé publique. C'est cette vision d'une première ligne de type communautaire que nous souhaitons voir maintenir dans la réforme envisagée par la loi 25.

Cela ne signifie pas qu'il ne faille envisager l'amélioration du fonctionnement des CLSC pour viser une optimisation des services rendus à la population. Au lieu de fusionner systématiquement les CLSC à des hôpitaux, quel que soit leur taille, ou avec d'autres établissements socio-sanitaires connexes, on peut très bien préserver et renforcer sa mission de base tout en établissant des ententes de services et des mesures de collaboration/coopération entre les établissements de santé et services sociaux. Le CLSC, tel que nous l'envisageons, doit demeurer avec la mission d'amélioration de l'état de santé et du bien-être des individus de la communauté par une approche globale ou holistique, multidisciplinaire et communautaire. De plus, le CLSC et les autres éléments des réseaux intégrés de services de santé et de services sociaux doivent s'assurer d'une plus grande implication des citoyens dans la gestion du système de santé.

Comme l'ont montré des études sérieuses dont une des plus exhaustives à cet effet, celle de Angus Douglas (Université Queen's) et Manga Pran (Université d'Ottawa), intitulé, *Coop/Consumer sponsored health care delivery effectiveness* (Canadian Co-operative Association, 1990), l'organisation des soins et de la santé en première ligne est plus efficace et efficiente, voire moins coûteuse, lorsqu'elle se fait selon le modèle communautaire et/ou coopératif. Cette vision est bien celle que les organismes communautaires revendiquent. En effet, selon cette étude, les modèles de centres de santé communautaires et/ou coopératifs offrent des avantages économiques et non-économiques. Leurs coûts par patient sont généralement moins élevés. Ils démontrent des taux d'hospitalisation plus bas. De par l'emphase qu'ils mettent sur les équipes multidisciplinaires, ils offrent un modèle d'utilisation plus efficace des services des professionnels de la santé. Bien plus, les coûts des médicaments par patient sont moins élevés dans les centres de santé communautaires et/ou coopératifs. Ils offrent souvent plus de services de prévention de la maladie et des incidents, et de promotion de la santé. Ils sont plus proches des groupes défavorisés et intègrent bien souvent les services de soins et ceux du bien-être du patient en général. Ces centres de santé offrent finalement

plus de possibilités d'implication de la population dans la planification, la gestion et l'opérationnalisation des services de santé.

Rappelons en complément que cette conception des services de première ligne s'arrime bien avec les facteurs de détermination de la santé reconnus dans la Politique de santé et bien-être de 1992 et par l'Organisation mondiale de la Santé. On y reconnaît en effet que le système de services de santé ne constitue qu'un des 6 facteurs déterminant l'état de santé d'une population, au même titre que les facteurs biologiques et les habitudes de vie, l'influence des milieux de vie, de l'environnement et des conditions étant tout aussi importante. C'est en regard de ces 3 dernières dimensions que les approches communautaires sont jugées les plus pertinentes.

## Questionnements et inquiétudes vis-à-vis des réseaux intégrés et du processus menant à leur implantation

Dans un document déjà publié en octobre 2001 par la direction de Santé publique de l'ex-Régie régionale de la SSSE (intitulé « Réseau de services intégrés, ses principes, concepts et composantes »), on précise bien que : « ...la littérature consultée révèle peu de choses sur les limites ou les effets pervers inhérents à l'organisation des services en réseaux intégrés » (page 7), on admet alors plus loin que : « Comme l'expérimentation des réseaux intégrés est récente et que peu de résultats sont connus à ce jour quant à leur impact, les bénéfices attendus sont plutôt d'ordre théorique ». Bien plus, à la page 8 du même document, on définit le « réseau intégré de services » comme « ...un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé de la population desservie ». Une telle définition ne suppose en rien que ce réseau doit nécessairement se constituer par la fusion administrative. L'intégration virtuelle, appuyée par des formes d'intégration fonctionnelle et clinique, semble un meilleur moyen d'arriver à un véritable continuum de services.

Face à ces arguments, il devient quasiment fallacieux pour le gouvernement de prétendre qu'une seule façon d'aborder la problématique du réseautage (soit la fusion d'établissements publics) dans les services de santé et services sociaux donnera nécessairement les meilleurs résultats. Plutôt que d'être décrétée unilatéralement et uniformément, la recherche de formules plus légères et volontaires d'intégration doit être favorisée, en s'appuyant sur les dynamiques des communautés locales, l'état de leurs ressources et leur capacité de générer des mobilisations de professionnels du réseau de la santé et du monde communautaire, ainsi que leurs partenaires locaux des autres secteurs. D'où la pertinence d'impliquer largement la population et les intervenants de la santé et

des services sociaux dans les débats et le processus de décision sur une question aussi importante que les changements envisagés.

### Incohérence entre objectifs et moyens

Nous constatons, à la lecture des documents de consultation et d'autres documents du gouvernement relativement à l'Agence et aux réseaux intégrés, qu'il y a une incohérence flagrante entre les buts et objectifs visés et les moyens utilisés pour les atteindre. En effet, nous savons fort bien que la réussite du projet qui nous est présenté est du domaine « théorique ». Le gouvernement semble s'intéresser uniquement à l'atteinte des objectifs sans s'assurer que le processus y menant est adéquat. En fait, dans l'état actuel du processus, aucun moyen n'est pris pour permettre à tous les intervenants et acteurs de la communauté et à la population en général de comprendre et de réfléchir ensemble sur les meilleures façons d'atteindre ces buts et objectifs importants pour la santé et le bien-être de la population. Qui plus est, les orientations de la loi 25 et les balises ministérielles destinées à en préciser les modalités demeurent à un niveau de généralités telles qu'il est impossible de se faire une idée un tant soit peu précise sur l'ordre des stratégies et moyens qui seront priorisés pour orienter et faciliter la réalisation. Pour nous, la réussite de la mission des réseaux intégrés passe par une adhésion massive des concernés aux orientations et à l'élaboration, à l'implantation et à l'évaluation du nouveau système qu'on veut mettre en place. Autrement, les résultats seront encore plus théoriques que le Ministre ne l'avait prévu.

### Services médicaux hospitaliers versus la Santé globale

La proposition de modèle d'organisation de l'Agence met l'accent sur les soins médicaux et hospitaliers, sur la consommation de soins et sur les corridors de services définis par l'intégration verticale (la hiérarchie) des services. Ceci nous semble réduire la première ligne à un simple palier assurant la circulation des « patients » vers les 2 autres lignes, au détriment de l'approche globale de première ligne de portée davantage bio-psycho-sociale, ouverte sur la prévention des maladies, la promotion de la santé et du bien-être, la prise en compte des déterminants sociaux et des stratégies et actions de développement des communautés.

L'absence totale du CHUS dans le projet de réseaux locaux nous apparaît par ailleurs représenter une menace sérieuse pour la capacité des établissements locaux, fusionnés ou non, à se rendre responsables envers leur population de l'ensemble des services dispensés sur leur territoire. Le CHUS dispose à lui seul environ de la moitié des budgets du réseau estrien de la santé, et exerce pour tout le territoire un rôle quasi exclusif en soins de courte durée et soins médicaux de première ligne et d'urgence, en spécialité de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> niveaux. Comment alors

croire qu'il ne constituera pas une sorte de monopole lui octroyant un pouvoir absolu dans les négociations d'ententes de service avec les réseaux locaux ?

Il est essentiel que des règles très strictes définissent les rapports de cet établissement avec les instances locales, le tout à l'intérieur d'un plan global de dispensation de soins et de services, à encadrer dans des orientations et de stratégies globales d'amélioration de l'état de santé.

La fusion du CLSC de Sherbrooke et de l'IUGS

Malgré l'exclusion du CHUS du réseau local de Sherbrooke, pour des raisons de complexité liées à sa mission et à la nature de ses services, l'Agence propose que les deux autres établissements de Sherbrooke se fusionnent, pour respecter la lettre de la loi 25. Cette décision ne nous semble pas reposer sur un rationnel de services à améliorer, sauf – à ce qu'on dit, sans pouvoir l'expliquer - pour atteindre certains objectifs de réaffectation de ressources d'hébergement vers le maintien à domicile. Il nous semble que l'Agence et le MSSS disposent de suffisamment de moyens administratifs, financiers et même légaux pour corriger les situations qui devraient ou auraient dû l'être.

La proposition de fusion nous paraît plutôt s'appuyer, selon notre lecture, sur une pure analyse politique dictée par le respect inconditionnel de la Loi, dans un souci d'exemplarité permettant de préserver les apparences, indépendamment des conséquences sur le devenir des services à la population et des trajectoires des établissements concernés. Ces deux établissements sont certes complémentaires dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire de Sherbrooke, et ils sont déjà reliés par plusieurs projets d'intégration, notamment le Réseau de services intégrés, il se peut que ces liens doivent s'accroître et que des moyens supplémentaires doivent être mis en place pour améliorer la continuité de leurs services.

Cela ne devrait pas empêcher que ces deux établissements puissent garder leur identité distinctive et conserver suffisamment d'autonomie pour qu'ils puissent continuer leur développement sur leur base propre, dans le respect de leur mandat qui est beaucoup plus large dans chaque cas que les services aux personnes âgées, avec des approches et des pratiques qui leur sont propres.

Nous avons déjà réclamé le maintien de services communautaires dans les réseaux locaux, sur la base du maintien d'approches intégrées de type communautaire; en toute cohérence, nous devons réclamer le même traitement pour le territoire de Sherbrooke, d'autant plus que comme CDC, nous voyons le rôle de cet établissement, dans sa mission propre de services communautaires, comme très fortement lié au rôle des organismes communautaires que nous représentons. Dans les pratiques d'action intersectorielle qui sollicitent de plus en plus nos

membres, le CLSC est un partenaire majeur. Celui-ci est d'autant plus important que ces pratiques intersectorielles se développent dans des contextes de pauvreté individuelle et collective, de territoire, à travers des stratégies et projets de développement local qui mobilisent les intervenants de tous les horizons où le CLSC peut jouer un rôle de support autant que celui de collaborateur et partenaire dans l'action. Il faut s'assurer que demeure cette capacité d'intervention d'un établissement public dans une perspective communautaire, large en fonction de territoires et de populations appauvries, en concertation avec les organismes communautaires et les partenaires des autres secteurs concernés.

### La participation de la population et l'adaptation locale

Même si le projet actuel prévoit de rendre le système plus compréhensible et accessible pour les usagers, il ne règle pas vraiment le problème puisqu'on risque d'avoir une multiplication et un éloignement des paliers décisionnels avec la hiérarchisation du système. L'approche par programme semble comporter des garanties pour la dispensation des services conformément aux budgets alloués, mais, appliquée trop rigidement, elle comporte le risque de figer l'évolution et l'adaptation des programmes aux problématiques locales et changeantes et leur intégration à des stratégies globales définies localement. Certains craignent que, plutôt que d'amener une réelle décentralisation permettant une prise locale sur les orientations des établissements et des programmes, on assiste au mieux à une déconcentration des services, sous la tutelle de gestionnaires répondant d'abord à la bureaucratie gouvernementale avant d'être imputables à leur milieu. Partant, le réseau local ne pourra que difficilement conserver une taille « humaine », d'autant plus que sur le plan de la participation de la population, il faut déplorer l'imprécision des règles de composition des conseils d'administration des instances locales, ainsi que leur mandat. On peut même craindre que les sièges au conseil d'administration des structures des réseaux locaux soient redistribués selon un système où le ministre nomme tout le monde et que chacun lui doive allégeance !

### La place et le rôle des organismes communautaires

Le document décrivant le « modèle d'organisation des services en Estrie » (datant du 31 mars 2004) mentionne, entre autres, que « la contribution des organismes communautaires comme partenaires du réseau de santé et des services est reconnue et primordiale » et que « les modalités de collaboration avec le milieu communautaire doivent se réaliser en respectant l'autonomie de ces organismes et en observant les termes de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire... ». Nous tenions à rappeler ces passages ici pour signifier qu'il est important que ce ne soit pas des phrases lancées à la va-vite pour atténuer les tensions créées par une démarche déjà jugée anti-démocratique et non respectueuse des organismes communautaires. Malgré tout, la place des

organismes communautaires au sein des réseaux locaux en Estrie n'est pas très clairement définie. En effet, on se demande encore de quelle façon les organismes communautaires seront interpellés dans le réseau : est-ce comme des exécutants ou sous-traitants du réseau public (dans une perspective de privatisation qui semble être une des approches du gouvernement actuel) ou est-ce comme partenaires à part entière qui participent à la planification, à l'organisation et l'évaluation des services de santé et des services sociaux sur le territoire estrien ? Il reste donc à bien définir le rôle que les organismes communautaires vont jouer. Comme représentants de plusieurs organismes communautaires en santé et services sociaux, la CDC de Sherbrooke est d'avis que ces organismes doivent être traités comme des partenaires à part entière et autonomes et non pas comme des sous-traitants liés par des ententes de services à l'exécution de mandats dictés par l'Agence ou le gouvernement. Nous nous demandons aussi quel recours les organismes communautaires auront advenant un échec de la fusion, de la concertation et du travail de collaboration à Sherbrooke ou ailleurs en Estrie ?

### Un processus trop expéditif

Comme plusieurs groupes à travers l'Estrie et le Québec, la CDC de Sherbrooke tient à souligner le caractère improvisé et précipité de la démarche de consultation au niveau régional et local. Cette façon de faire sème le doute et l'inquiétude dans la population, et laisse croire que la consultation à laquelle on nous convie n'a guère de valeur. De plus, elle ignore catégoriquement l'expertise des professionnels et des intervenants communautaires dans une démarche aussi importante que le démantèlement des CLSC et la réforme du système de santé. Bien plus, l'absence de débats ouverts et démocratiques nuit à la démarche et surtout à la capacité de la population d'influencer la réforme et s'y impliquer.

### Et la question des coûts du système de santé ?

Au-delà des problématiques soulevées précédemment, il ne faut pas oublier non plus qu'une partie importante du débat doit s'orienter vers les coûts du système de santé. Les CLSC et les organismes communautaires en santé ne doivent pas faire les frais d'une réorganisation qui vise à réduire les coûts à la mauvaise place ! Plusieurs études le démontrent, l'explosion des coûts du système de santé est essentiellement reliée à l'augmentation des coûts des médicaments et des services offerts par les médecins (voir Angus Douglas et al., Pour un système de soins de santé viable au Canada, Université Queens's/Université d'Ottawa, 1995).

Partant, des questions subsistent sur la manière dont la réforme actuelle va véritablement s'attaquer à ce problème de fond. Qu'on se rappelle que les centres de santé communautaires et/coopératifs, notamment les CLSC à leur création, ont toujours prôné le mode de rémunération forfaitaire ou mixte (forfaitaire, par

capitation, à l'acte) plutôt qu'une rémunération simplement à l'acte, comme mode de contrôle efficace des coûts des soins de santé. Cette solution a toujours été rejetée, malgré de nombreuses études sur sa pertinence, par plusieurs associations de médecins partout au Canada...En effet, les mesures d'incitation dans un régime de rémunération à l'acte tendent à encourager les médecins à voir autant de patients que possible dans les plus brefs délais. Tout ce qui pourrait ralentir « l'eau qui va au moulin » réduit les revenus.

De plus, il est reconnu que pour les médecins qui ont une pratique communautaire, « les éléments dissuasifs du mode de rémunération à l'acte à l'égard du travail en dehors du cabinet réduisent les possibilités d'entreprendre des activités dans la collectivité, notamment dans les hôpitaux et les centres de soins prolongés. Confinés à leur bureau et limités à une certaine durée de temps par patient, les médecins sont tentés d'envoyer les patients ayant des problèmes complexes ou exigeants vers des spécialistes consultants ou des services d'urgence, sans indications complètes pour les soins secondaires... » (voir un excellent article du Dr Walter Rosser, « En faveur d'une rémunération mixte », paru dans *Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien*, Volume 48, Février 2002, p. 247-249, internet : [www.cfpc.ca/cfp/2002/Feb/vol48-feb-editorials-2\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2002/Feb/vol48-feb-editorials-2_fr.asp)).

Les attentes de la CDC de Sherbrooke et des organismes communautaires en santé et services sociaux envers l'Agence, les réseaux intégrés et le gouvernement du Québec

Nous reconnaissons que la réforme du système de santé québécois dépasse les seules problématiques de la fusion des établissements et de la mise en place des réseaux intégrés. On ferait remarquer ici que des problèmes de fond tout aussi importants - sinon plus à certains égards - que les réseaux intégrés demeurent : le sous-financement du système de santé et des services sociaux (notamment des organismes communautaires), l'explosion des coûts du système, etc.

Nos attentes sont formulées ici en lien avec notre vision du rôle des réseaux intégrés ainsi que nos questionnements/inquiétudes. Elles touchent essentiellement l'implantation des réseaux locaux intégrés et prennent la forme de recommandations :

- Arrêter d'imposer la fusion de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux comme la seule façon de faire pour avoir des réseaux intégrés efficaces et efficients, car en plus des considérations évoquées plus haut, « intégration » n'est pas synonyme de « fusion ».

- Maintenir des réseaux de services intégrés dans lesquels, non seulement la mission fondamentale et l'autonomie du CLSC, mais aussi la participation directe des citoyens-nes, sont garanties.
- Maintenir une approche territoriale et communautaire de proximité basée sur une vision globale de la santé, incluant non seulement la livraison des soins, mais aussi la prévention des maladies et des incidents et la promotion de la santé.
- Considérant que les organismes communautaires rejettent toute forme de sous-traitance avec l'État, mettre en place des modalités claires sur la place et le rôle des organismes communautaires dans les réseaux intégrés, puis respecter et appliquer ces modalités. De plus, reconnaître clairement dans les processus à venir la spécificité et l'autonomie des organismes d'action communautaire et leur apport dans le système d'organisation des services de santé et services sociaux.

## Conclusion

La contribution des organismes communautaires comme partenaires du réseau de la santé et des services sociaux doit être reconnue comme fondamentale et primordiale. Les modalités de collaboration et de coopération entre les réseaux locaux intégrés et le milieu communautaire doivent être élaborées et appliquées en respectant l'autonomie de ces organismes ainsi que les termes de la politique gouvernementale de l'action communautaire.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le concept (théorique) de « réseaux intégrés » sur lequel se base le modèle d'organisation de services de l'Agence n'est pas pour nous une mauvaise chose en soi (voir définition en page 7). Ce sont les processus et les modalités fixés par le gouvernement et menant à l'implantation des réseaux locaux qui posent problème (modèle unique d'intégration, processus démocratique déficient, peu d'autonomie des établissements, etc.). En effet, bien que le processus de réforme en cours respecte la territorialité des MRC, il demeure que la fusion ou l'intégration telle que proposée remet profondément en cause la mission de base et l'autonomie des établissements comme le CLSC de Sherbrooke et l'Institut universitaire de gériatrie. Pour bien jouer son rôle dans un système de santé à services intégrés, des établissements à vocation communautaire comme le CLSC doivent absolument garder certaine autonomie pour bien fonctionner selon les raisons qui ont initialement amené à leur création. Autrement, il est possible de parler véritablement de CLSC; c'est le cas actuellement avec le modèle de réseaux intégrés ou fusionnés préconisés par l'Agence et le gouvernement.

Enfin, pour demeurer cohérents avec les valeurs que nous défendons, nous proposons que les cinq (5) principes suivants puissent guider toute réforme du système de santé :

- 1) développer des organisations de type communautaire avec forte implication et/ou contrôle de la communauté;
- 2) mettre en place un ensemble de services de santé et sociaux de première ligne le plus possible dans un même endroit;
- 3) fonctionner avec des équipes multidisciplinaires pour donner des soins de santé;
- 4) mettre l'emphase sur la prévention, la promotion de la santé, les services d'éducation et des services ambulatoires;
- 5) adopter une rémunération des professionnels de la santé selon la méthode du salariat (forfaitaire), par capitation ou mixte, au lieu de la seule méthode de rémunération à l'acte;
- 6) adopter des mesures permettant de reconnaître le rôle des organismes communautaires dans l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

La CDC de Sherbrooke, d'autres CDC de l'Estrie et leurs partenaires tenaient à donner leur point de vue malgré le peu de temps accordé à la consultation. Au-delà des problématiques de la santé, l'exercice de l'expression démocratique des citoyens-nes est important pour nous. Nous espérons que tous nos efforts ne seront pas vains.