

Vers une géographie des parcours individuels de santé ? Le CLSC québécois observé depuis la France *Towards a geography of the individual circuits in health system? Regarding the CLSC in Quebec from France*

Sébastien Fleuret, CARTA - UNIVERSITÉ D'ANGERS
ESO - UMR 6590 CNRS

Daniel Thomas, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE,
CHERCHEUR ASSOCIÉ AU CARTA

Résumé-Abstract

Au Canada, le Québec a expérimenté une solution originale d'offre de soins de première ligne connectée le plus étroitement possible aux attentes de la population dans une dimension locale: les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC). Ces derniers se situent théoriquement à l'entrée du système de soins. Dans les faits les entrées sont multiples. Dès lors, face à la complexité du système, peut-on tracer une géographie des parcours individuels de santé? Ce texte propose une lecture objective de l'accès aux soins au Québec conduisant à définir les cadres théoriques et pratiques d'une recherche émergente dans ce domaine.

In Canada, Quebec has tested an original solution to offer healthcare primary services that would fit as well as possible the population's expectations within: the Local Centers of Community Services (CLSC). Theoretically, the latter represents the front door of the healthcare system. In reality, there are numerous entrances. Consequently, regarding the complexity of the system, can we develop a geography of the circuits followed by each individual to be healthy? This text proposes an objective approach of the access to the care in Quebec leading to the definition of theoretical and practical frameworks for an emerging research in this field.

La santé est devenue, dans les pays européens et nord-américains, un enjeu à la fois politique et financier. La maîtrise des dépenses médicales s'est imposée comme le principal objectif poursuivi par les autorités publiques et le débat sur la santé tend à être réduit aux enjeux économiques liés au remboursement des citoyens de leurs dépenses médicales (SERRE, 2002). De ce fait, en France, un amalgame se produit entre la notion de protection sociale (sécurité sociale) et celle d'assurance-maladie qui bien souvent, dans l'esprit de nombreuses personnes, se regroupent sous la même abréviation familière: la Sécu. Or la branche « assurance-maladie » n'est qu'une composante de la sécurité sociale, mais le caractère systématique de la présentation de la responsabilité des dépenses de santé dans le creusement du déficit de la sécurité sociale (le fameux « trou de la Sécu ») contribue à masquer la complexité de la pro-

blématique santé rapportée aux individus. L'un des principaux enjeux aujourd'hui réside dans la continuité des soins. En effet, les demandes individuelles en santé font de plus en plus appel à un ensemble d'acteurs du champ de la santé (médecins généralistes, spécialistes, établissements hospitaliers, cliniques) et du champ social et médico-social (accueil longue durée, services à domicile, soutien moral et psychologique, etc.)

La continuité des soins dans ce contexte repose sur la capacité du système de distribution à proposer, localement, des parcours intégrés, ce qui aujourd'hui est loin d'être systématiquement le cas. Pour une même pathologie, deux individus auront des parcours en santé bien différents selon la première porte à laquelle ils auront frappé, chaque acteur possédant son propre réseau. ?

Dès lors, regarder hors des frontières françaises peut constituer un enrichissement de la réflexion sur l'organisation du système sanitaire et social. La province du Québec, au Canada¹ apparaît comme un objet de comparaison pertinent, par ses liens culturels avec la France, sa francophonie et l'existence d'une politique sociale à vocation universelle contribuant à l'existence d'un système de santé fondé sur les mêmes valeurs que le système français. La coïncidence en 2000 de la parution de deux rapports sur le devenir des systèmes de santé et France et au Québec (rapports Polton et Clair) interrogeant sur la répartition territoriale des services collectifs dans un contexte de contraintes financières ajoute à cette pertinence.

Parallèlement aux études portant sur l'organisation générale des systèmes (LETOURMY et al., 2002), se développe un ensemble de recherches à l'échelle de l'individu visant à mieux connaître et comprendre les rapports de chacun à la santé et aux services de soins (englobant le secteur médical et de nombreux services

1- Le Québec a, selon la constitution canadienne, une responsabilité entière au niveau provincial en matière de santé.

sociaux). L'émergence au Québec, dans les années quatre-vingt du concept « villes en santé » relayé et diffusé dans le monde par le biais de l'OMS, le développement de recherches à l'interface entre le marché, l'Etat et la sphère domestique dans le domaine de la santé et de l'économie sociale (VAILLANCOURT, TREMBLAY, 2001) et la prise de conscience d'un rapport étroit entre santé, soins et territoires pouvant éclairer la lecture des inégalités et disparités socio-spatiales (FLEURET, SECHET et al., 2002) montrent tout l'intérêt d'engager résolument des recherches en direction de l'offre de services de proximité à la personne dans le secteur sanitaire et social, ne limitant pas la santé aux préoccupations médicales et biomédicales. En effet, la majorité des travaux afférents au domaine sanitaire s'accordent pour dire que le système de santé n'est qu'un composant de l'Etat de santé des individus, état tributaire également des conditions de vie, de l'environnement et de facteurs biologiques propres à chacun. Or, le système de santé agit bien souvent comme s'il constituait le seul déterminant de la santé (ROCHON, 1987).

Dans les années quatre-vingt, de nombreux experts, notamment français, ont jugé que le Québec constituait un modèle intéressant d'organisation du soin. En effet, le soin de santé au Québec fait référence à une vision large de l'action sociale alors qu'il est encore défini en France par le champ de l'intervention médicale (LETOURMY, 2002). Concrètement, cela se traduit, au Québec par trois objectifs essentiels: une volonté affichée de prééminence de la prévention, l'absence de cloisonnement entre services de santé et services sociaux au niveau des soins de première ligne, l'implication des communautés dans une pratique de santé citoyenne.

Pourtant, de la théorie à l'application sur le terrain, les différences sont notables. Dans ce texte, nous nous intéresserons tout particulièrement à l'originalité des Centres Locaux de Santé Communautaire² (CLSC), devant remplir théoriquement un rôle de pivot dans le

2- Les mots « communauté » et « communautaire » dans le monde anglo-saxon réfèrent à la notion de communauté de vie locale sans distinction d'appartenance ethnique ou sociale : un village forme une communauté. Pour plus de précisions sur les interprétations sémantiques dans la traduction de l'anglais vers le français, sur le thème du communautaire (mais aussi de l'associatif et du volontariat), le lecteur se référera à : Maud SIMONET, (1998), « le bénévole et le *volunteer* : ce que traduire veut dire », in *Revue du MAUSS*, n°11, pp 57-64

système québécois: assurant l'essentiel des soins de première ligne (entrée du système) et le suivi post-hospitalisation (sortie du système). Notre regard sera porté depuis la France et dans une volonté de mise en perspective des deux systèmes de santé ainsi que des choix dans les grandes orientations des politiques publiques touchant au domaine sanitaire et social.

Face à la saturation des services d'urgence, notamment par l'afflux de demandes soit bénignes, soit à caractère plus social que médical...

Face au constat de la complexité des problématiques individuelles de santé, mêlant demande médicalisée et attentes d'aide sociale et/ou de soutien moral³

Face à la croissance du nombre des exclus du système, qui se caractérise par des renoncements aux soins, par une totale imperméabilité aux messages de prévention, dans des pans de plus en plus importants de la population...

Se pose la question de l'adéquation de l'offre de services aux attentes de la population, en termes de structuration, d'organisation et d'accessibilité. Une façon originale d'aborder et de traiter cette question consiste en l'étude des parcours individuels dans un système de santé: comment y entre-t-on (ou comment l'on évite d'y entrer⁴)? À quel moment? Pourquoi et pour combien de temps? Et comment en sort-on?

De cet ensemble de questions émerge une interrogation plus théorique: peut-on écrire une géographie de ces parcours? C'est sur cette base que se construit depuis plusieurs mois une recherche comparative entre l'Ouest de la France et le Québec dont les principes fondamentaux forment le corps de cet article.

LES CLSC VUS DE FRANCE: LA SOLUTION À TOUS LES MAUX ?

« Nous savons la nécessité d'une meilleure articulation de la médecine de ville, de l'hôpital et de l'action médico-sociale (Discours de J-F. MATTEI⁵). C'est sur

3- Il est acquis que les déterminants de l'état de santé associent des facteurs biologiques, environnementaux et sociaux à la dimension curative du soin

4- Cf. DUMONT I., FLEURET S., PIHET C., 2002, « Détresse sociale et santé. Vie à la rue et non-demande de soins », in FLEURET S., SECHET R., *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, p. 103-122

5- Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées en France, devant la commission des comptes de la sécurité sociale, 24 septembre 2002

ce dernier point que le système français trahit une relative faiblesse: le diagnostic médical est très souvent déconnecté du suivi social individuel et il n'existe que très peu de lieux associant services de santé et services sociaux.

Dès les années quatre-vingt, le Québec a été observé depuis l'autre rive Atlantique comme un modèle d'organisation du soin (LETOURMY, 2002). La réunion en une même entité de médecins, d'infirmières, et de services sociaux à la population, organisés selon différents champs d'intervention (enfance, maternité, vieillesse, etc.) a fait des CLSC un objet de curiosité mais assez paradoxalement, de peu d'études scientifiques hors du Québec. Aujourd'hui nous posons un regard, toujours curieux, mais également critique sur cette structure à l'heure où les problèmes posés par la nécessaire articulation du sanitaire et du social interpellent la géographie par la dimension territoriale des questions posées. La croissance urbaine, le vieillissement de la population, particulièrement dans les campagnes, l'importance des inégalités économiques, les enjeux liés à la mobilité des personnes sont autant de situations qui posent l'accessibilité des soins de première ligne comme une priorité. La conférence de l'OMS d'Alma-Ata avait déjà fait ce constat en 1978, se fixant pour objectif d'atteindre en l'an 2000 un taux satisfaisant de la population mondiale disposant d'un accès aux services sanitaires et sociaux les plus élémentaires. Aujourd'hui force est de constater que cet objectif est loin d'être atteint à l'échelle mondiale comme à l'intérieur des pays les plus riches. L'approche sectorielle de la santé en est peut-être l'une des raisons: comment déconnecter en effet la pauvreté, la précarité, la vulnérabilité sociale du soin et de la santé ?

Les lois de 1998 contre la pauvreté et l'exclusion en France ont réintroduit la misère sociale au centre des réflexions conduites sur le thème de la santé en sciences sociales. Des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ont été mis en place, des permanences d'accueil solidarité santé ont été créées dans les hôpitaux. Cependant l'éclatement des structures d'accueil et de gestion, la diversité des acteurs et leur manque d'inter-connaissances demeurent un obstacle à une meilleure accessibilité des soins pour tous.

Le CLSC peut alors apparaître comme une solution à tous les maux.

Dans les années soixante-dix, dans plusieurs quartiers défavorisés de Montréal, face aux problèmes sociaux et à la pauvreté, on a assisté à des regroupements de citoyens souhaitant améliorer leur sort collectivement et à développer des cliniques communautaires. Partant du constat que le système de soins n'était que « santé », le premier centre local de services pour la communauté est né. Plusieurs centres verront le jour sur ce modèle au cours de cette décennie, faisant suite au rapport de la commission Castonguay-Nepveu, mais plus dans une logique « expérimentale » que sur recommandation de cette commission. Les principes fondamentaux présidant à ces créations ont été: la volonté d'offrir un guichet unique à la population, l'adaptation à un territoire desservi, des interventions à caractère préventif, curatif et communautaire et une gamme de services adaptée. Il s'agit d'une approche globale de la personne et de son milieu de vie.

Les services dispensables en CLSC

(source association des CLSC-CHSLD)

- Services courants de santé
- Services courants psychosociaux
- Services de santé mentale
- Services aux familles, aux enfants et aux jeunes
- Services de soutien à domicile

Les CLSC ont vocation à intervenir dans cette globalité dès lors qu'aucun plateau technique spécialisé n'est requis. La participation des habitants (via diverses formules de participation aux instances de décision et les organismes communautaires impliqués dans la distribution de services) et la multidisciplinarité des interventions se présentent comme autant de gages d'une promotion de la santé globale, traitant à la fois le problème médical et son contexte pour chaque cas individuel. Dans les années quatre-vingt, une deuxième vague de créations de CLSC a déferlé dans une volonté de parachever le réseau des CLSC. Puis à l'orée des années 1990 une loi a fixé la mission d'un CLSC: offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants à la population du territoire qu'il dessert (Loi sur les services de santé et les services sociaux).

De ce fait, le CLSC est appelé à être la porte d'entrée du citoyen dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Extrait d'une brochure de communication à la population éditée par le CLSC « Le partage des eaux » à Rouyn-Noranda, Abitibi-Temiscamingue

« Pour tout ce qui concerne ma santé et mon bien-être, je n'hésite pas à appeler mon CLSC. (...) Si nécessaire, on me dirigera vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à me venir en aide. Les services du CLSC sont gratuits. »

Une ligne téléphonique (ligne info-santé) est à la disposition des habitants, qui constitue un premier filtre d'orientation. Le CLSC est théoriquement le point d'entrée « physique » dans le système. Ce positionnement présente, là encore théoriquement, l'avantage énorme de permettre un « tri » parmi les patients faisant que seules les réelles urgences sont adressées immédiatement à l'hôpital. Dans le contexte (généralisé dans les pays occidentaux, au Canada comme en France) de saturation des urgences hospitalières, un tel filtre apparaît comme une solution intéressante.

Le CLSC a donc été conçu pour assurer deux progrès majeurs dans l'offre de soins au Québec :

- une prise en charge globale de la santé de l'individu incluant la question sociale et celle des liens de chacun avec son milieu
- une gestion contrôlée des flux entrants dans le système de santé.

Mais de la théorie à la pratique, tous les objectifs sont loin d'être atteints, comme le dénonce le rapport Clair sur la santé et les services sociaux au Québec rendu public en janvier 2001.

DE RAPPORTS EN RAPPORTS... UNE OFFRE DISPARATE

Depuis 1971, la structure CLSC a évolué. Le rapport Rochon, en 1987 distinguait 3 phases d'évolution : l'expérimentation (1972-1976), la consolidation (1977-1981) puis l'expansion dans la pénurie (1982-1988). On pourrait ajouter aujourd'hui une nouvelle phase, celle des années quatre-vingt-dix et du début des années 2000 : la gestion territorialisée.

L'expérience CLSC a été complexe et ne s'est pas faite sans heurts. « En associant les professions de la santé et les services sociaux dans une réforme qui s'attachait aussi bien à l'organisation communautaire qu'aux soins individualisés, on multipliait involontairement les difficultés d'adaptation des personnes en cause et on sous-estimait sans doute la capacité de

résistance au changement des modèles professionnels (VINET, 1978⁶). Ainsi, relativement peu de médecins ont accepté d'exercer en CLSC, préférant l'exercice

Seuls 2000 des 7500 omnipraticiens du Québec exercent en CLSC. En revanche, on trouve en leur sein un panel de professions très variées (avec des distinctions d'un CLSC à l'autre, toutes les professions ne sont pas toujours représentées). À titre d'exemple, citons : auxiliaire familiale et sociale, agente de relations humaines, ergothérapeute, infirmière, médecin, nutritionniste, organisateur communautaire, orthophoniste, psychoéducateur, psychologue, technicien en travail social, en hygiène du travail, thérapeute en réadaptation physique,...

libéral de leur profession à un statut salarié en CLSC⁷.

Les décideurs politiques ont également longtemps tergiversé sur la position à tenir vis-à-vis des CLSC, soutenus du bout des lèvres sans qu'on leur accorde réellement les moyens de la mission qu'on leur confiait. Cette ambivalence du pouvoir a eu des conséquences encore perceptibles aujourd'hui. Il s'est établi un décalage entre les attentes placées dans ces centres et les résultats observés. Le CLSC panacée du système ne disposant pas des moyens de ses ambitions a été maintes fois remis en cause, a vu son rôle restreint (Rapport Brunet, 1986), puis redéfini à une porte d'entrée du système (réforme Côté, 1992). L'intervention du milieu, par l'entremise des organisations communautaires n'a pas non plus toujours été bien perçue. Le lien évident entre l'action socio-sanitaire et une volonté plus ou moins clairement affichée de changement social transparaissant dans le militantisme de ces organismes a rendu les CLSC impopulaires auprès de certains élus locaux.

Il subsiste de cette période une sorte de « culture de l'incertitude » que nous avons clairement ressentie lors de nos entretiens avec différents intervenants en CLSC. Il semble que la peur de voir les CLSC disparaître ait été bien réelle dans les années 1980 et qu'il en subsiste des traces à l'heure actuelle.

Dans ce contexte de relative absence de moyens et de soutiens, les CLSC semblent s'être focalisés sur leur

6- Cit. in FAVREAU, HURTUBISE, 1993

7- En France, l'attachement au statut libéral des médecins s'exprime par l'argument suivant : cela garantit au patient le libre choix de son praticien et du lieu où il sera soigné, contrairement aux contraintes sectorielles existantes dans de nombreux pays.

dimension locale et leurs liens avec le milieu tout en ayant à tenir compte de manière accrue d'orientations données « d'en haut ».

D'une initiative communautaire au départ, les CLSC ont évolué vers une structure organisée, desservant un territoire et une population spécifique, avec une mission inscrite dans la loi.

Cette évolution a été accompagnée de changements dans le fonctionnement des centres et par-là même dans leurs réponses aux besoins de la population. À l'origine, les CLSC étaient très autonomes dans leur région disposant d'une enveloppe budgétaire attribuée de façon plus globale. Mais peu à peu les budgets ont été affectés à des besoins précis et aujourd'hui, les crédits parviennent aux CLSC attachés à un besoin ou à un programme spécifique (par exemple: programme Naître égaux, grandir en santé).

Du fait de cette relative autonomie locale, le développement des services en CLSC durant les 30 années passées s'est fait de manière disparate d'un territoire à l'autre. En 2001, l'Association des CLSC-CHSLD fait le constat suivant: en l'absence d'une définition claire des attentes, la portée de l'action en CLSC varie considérablement d'un établissement à l'autre et l'offre de services demeure imprécise à la fois pour la population et pour les décideurs politiques. De même en 1987, le rapport Rochon sur les services de santé et services sociaux au Québec pointait des régions difficilement comparables, toutes ne constituant pas des territoires dont les composantes répondent à des critères d'homogénéité et d'interrelation.

Ces considérations se placent dans un débat né quasi simultanément avec les CLSC et qui leur est pour partie éponyme: la question du local.

De nombreuses clés de compréhension du rapport qu'entretiennent les CLSC avec le système de santé et de services sociaux se trouvent dans leur dimension territoriale.

Les fonctions et services à rendre par les CLSC n'ont jamais été clairement définis par les gouvernements successifs nous confie-t-on à l'association des CLSC-CHSLD. De ce fait, depuis leur naissance, les CLSC se sont plutôt définis par rapport à leurs réalités locales. Il existe bien sûr une trame commune: l'accueil de première ligne, les soins courants et plusieurs programmes transversaux (famille, enfance, jeunesse, maintien à domicile, santé au travail et santé mentale)

mais selon les CLSC, les contenus de ce tronc commun varient. Par exemple, les cours préparatoires à l'accouchement sont gratuits dans certains CLSC, payants dans d'autres, quand ils existent.

Par ailleurs, les liens étroits qu'entretiennent les CLSC avec les organisations communautaires, elles aussi éponymes, contribuent à l'ancrage local de ces centres de services et les « contraignent » en quelque sorte à respecter leur vocation de desserte de proximité. Entre 1970 et 1985, les CLSC ont permis l'émergence de nombreuses organisations communautaires qui ont ensuite grandi de façon autonome avec des formes de spécialisations ciblées sur des publics particuliers. En prenant de l'ampleur, le mouvement communautaire a acquis un statut de complément du secteur public, ce qui lui vaut des subventions de l'État (et non des collectivités locales comme en France) et une structuration quasi-professionnelle ainsi qu'une place importante dans le fonctionnement des CLSC. Les organisateurs communautaires⁸, véritables facilitateurs de projets et vecteurs d'interconnaissance, sont un bon exemple de cette imbrication du CLSC dans son territoire et au sein des groupes sociaux qui le composent.

L. Favreau et Y. Hurtubise (1993) parlent de « quasi-fusion » entre les groupes de population impliqués dans les organisations communautaires et le service de première ligne que proposaient des CLSC en phase d'institutionnalisation. Ils citent à ce sujet Godbout et Guay (1988): Le CLSC est une sorte de modèle idéal d'organisme communautaire. Idéalement il devra finir par intégrer tous les organismes communautaires, par être le centre communautaire.

À cela s'ajoute, dans les années 1990, l'émergence de l'économie sociale créant de nombreux emplois dans le soutien domestique, la prise en charge de la petite enfance, les services de proximité, la mise en valeur patrimoniale, environnementale et sociale. Conséquemment, les CLSC se positionnent localement comme un pivot destiné à articuler une offre publique (leur mission) avec un mouvement communautaire pour partie caritatif et pour partie entrepreneurial. Il est probable que cette évolution conduira à une nouvelle vision du système de santé et de services sociaux: l'in-

8- La contribution des organismes communautaires à l'offre de soins primaires en CLSC procède de mécanismes complexes que nous ne pouvons détailler ici. Pour un exposé complet, se référer à l'ouvrage de L. Favreau et de Y. Hurtubise (1993) cité en bibliographie

tersectorialité. En sortant du strict champ de la santé un grand nombre de services de première ligne, la structure CLSC et ses ramifications dans le milieu contribuent à développer des modes de fonctionnement intégrés. Ainsi, autour d'une même table vont se réunir tous les prestataires de services d'un même domaine (par exemple, les éducateurs, la police, les enseignants, les soignants d'un centre d'accueil pour toxicomanes et des représentants des parents participeront à une réflexion sur la drogue et les adolescents). C'est un système à parfaire puisque pour l'instant seule l'offre aux personnes âgées semble avoir atteint un niveau d'intégration satisfaisant, mais c'est une question qui est travaillée et qui progresse au quotidien.

Un responsable d'un organisme communautaire :

L'approche globale de l'individu signifie que l'on ne peut pas répondre à une seule demande, telle par exemple la recherche d'un emploi, mais qu'il faut voir le problème dans sa globalité. La consommation d'alcool va par exemple être à la fois une pathologie clinique (l'alcoolisme) et une entrave à la recherche d'emploi. Si l'on agit que sur l'aspect recherche d'emploi, on risque de revoir la même personne, dans un délai, bref, car elle aura perdu son travail pour cause d'éthylisme. Mais nous ne sommes pas des experts dans tous les domaines ce qui nécessite un fonctionnement concerté. (...) L'organisateur communautaire du CLSC peut supporter ce rôle.

L'autre acteur du niveau local, la municipalité, omniprésente en France, joue au Québec un rôle d'arrière-plan au niveau sanitaire n'ayant que peu de responsabilités hors des questions de logement et de sécurité (ex. incendies). Mais elle peut s'impliquer aux côtés des CLSC apportant une dynamique non négligeable (le réseau « villes et villages en santé » en est un exemple).

Si les territoires ne sont pas comparables et si les CLSC développent leurs services en fonction de ces mêmes territoires, comment prétendre à une égalité de traitement pour tout un chacun au Québec? Il semble évident que ce but ne peut pas être atteint.

Ce constat révèle le risque de voir des écarts se creuser entre des milieux « favorables », densément peuplés, riches en structurations informelles nées du dynamisme local et des espaces défavorisés, plus difficiles à structurer: en d'autres termes, des disparités existent entre la partie métropolitaine de la vallée du Saint Laurent et les régions périphériques. Inversement, la crainte existe parmi les intervenants en CLSC

de voir ceux-ci se succursaliser, n'ayant plus pour vocation que de diffuser dans un rayon prédéfini une gamme de services dont la teneur serait décidée en hauts lieux, au risque d'être déconnectée des réalités locales. Il ne faut en effet pas dénier l'évolution positive qui s'est construite en 30 ans: celle de l'implication du milieu et de l'ensemble des intervenants d'un territoire dans les CLSC pour fournir des réponses adaptées aux besoins de la population. Il est donc nécessaire de trouver un juste équilibre entre la programmation nationale et le respect d'une marge de manœuvre locale.

Il est possible de tendre vers une équité territoriale qui assurerait à chacun si ce n'est la même réponse, une réponse appropriée et cela semble passer par la définition au niveau ministériel, d'un panier de soins primaires dispensés dans tous les CLSC à quoi s'adjoindrait une marge de manœuvre pour chaque CLSC dans une dimension de proximité. C'est ce à quoi travaille actuellement l'association des CLSC-CHSLD et des propositions ont déjà été faites en ce sens pour le volet « aide aux familles et aux jeunes de 0 à 17 ans ».

Cela signifie à terme, si cela réussit, une double dimension de l'offre locale de services à la communauté: un panier de services communs à l'ensemble des CLSC de la province, doublé de services spécifiques adaptés à chaque territoire.

DE LA PORTE D'ENTRÉE...

Le second volet du rôle de proximité du CLSC est sa fonction de soins en complément de l'offre libérale et du réseau hospitalier. Au début des années 1990, le ministre de la santé M. Y. Côté présente un projet de loi qui fait des CLSC la principale porte d'entrée du système de façon à réduire la pression sur les urgences. Les enjeux sont considérables sur ce point: il s'agit à la fois de limiter le nombre coûteux d'admissions évitables en hôpital et d'assurer à l'usager une orientation et un suivi qui lui permettront de disposer de soins de qualité adaptés à sa pathologie en mobilisant à bon escient les acteurs concernés selon les différents temps du soin (prévention, cure, rééducation, réadaptation, suivi à domicile).

Dans les faits, cette loi sera votée mais n'aura qu'une faible portée. En effet, elle contenait une dimension trop restrictive du rôle des médecins au

profit des acteurs communautaires et des usagers qui a heurté de plein fouet les intérêts des médecins. Il en subsiste cependant l'idée particulièrement intéressante d'utiliser le CLSC comme porte d'entrée du système. Dans l'esprit, cela semble idéal: une structure regroupant l'ensemble des acteurs aptes à agir sur les déterminants de la santé en première ligne. Les usagers du système entreraient dans ce dernier en un guichet unique et leur cheminement dans le réseau des prestataires de soins serait balisé dès le départ. Certains, affligés de pathologies bénignes ne dépasseraient pas le cadre du CLSC, d'autres seraient adressés, qui à un médecin spécialiste, qui à un hôpital ou à un établissement de cure.

Seulement voilà, les CLSC n'ont pas pleinement les moyens de cette ambition. Premièrement, ils ne disposent pas, sur l'ensemble du territoire provincial, de médecins en nombre suffisant pour assurer des gardes 24 heures sur 24 ni pour effectuer des visites à domiciles. Dès lors, la population va compenser ce manque en s'adressant directement aux urgences hospitalières. Deuxièmement à l'instar de la ligne téléphonique infosanté, utilisée par environs le quart des Québécois, le CLSC n'est ni connu ni utilisé comme recours « habituel » par l'en-

semble de la population québécoise. La diversité des services d'un CLSC à l'autre est, pour le coup, un obstacle à leur bonne visibilité et à la diffusion généralisée de l'habitude à y recourir. Cette méconnaissance constitue un facteur supplémentaire d'entrée directe dans le système par les urgences. À cela s'ajoute une absence de liens systématiques entre les CLSC et les centres hospitaliers qui constituent un obstacle au rôle de porte d'entrée du système pour les premiers cités. En effet, comment assurer un parcours rapide à un patient que l'on accueille en CLSC quand on ne possède pas d'entrée directe à l'hôpital: on ne fait qu'ajouter une étape pour le patient qui après un diagnostic initial dans son centre local devra de toute façon patienter pour obtenir un lit aux urgences.



Il faut ajouter à ce tableau un contexte de pénurie de médecins (en partie en raison d'une fuite vers les USA tous proches, mais cela n'explique pas tout) plus criante dans les régions les moins densément peuplées.

La situation de la santé publique au Québec est caractérisée par un mode de négociation entre la puissance publique et le corps des médecins, que les politologues qualifient de corporatiste. En échange du monopole de la représentation des intérêts d'un groupe social donné, un syndicat (en l'occurrence celui des médecins spécialistes) se voit associer à la formulation et à la mise en œuvre d'une politique publique (Jouve, 2002). Dans le contexte actuel de pénurie, les médecins ont la part belle et peuvent aisément refuser de se

fondre dans un système qui leur conférerait un statut de salarié des CLSC alors qu'ils peuvent prétendre à un exercice libéral plus lucratif. Inversement, on peut s'interroger sur l'opportunité d'imposer un tel statut pour l'exercice de la médecine en CLSC. La coexistence du système libéral et de la structure polyvalente est-elle à ce point inimaginable?

L'évolution du corps médical et celle du système de dispense des soins envisagée par le rapport Clair (2000) laissent entrevoir une évolution favorable.

Depuis quelques années, on assiste à une féminisation importante du corps médical. Ces médecins d'un nouveau genre sont adeptes d'un temps de travail limité à des horaires « raisonnables » laissant une place à la vie de famille et se positionnent favorablement face aux perspectives de travail en équipe. Cette évolution leur fait envisager la position au sein d'un CLSC sous un angle positif.

Dans le même temps, le rapport Clair préconise la création de Groupes de médecine familiale (GMF); à l'heure actuelle ces groupes sont en expérimentation. Leur fonctionnement repose sur le principe d'une entente passée entre un patient et son médecin qui devient ainsi « médecin attitré » pour une durée prédéfinie. Chaque médecin se trouve intégré dans un groupement de professionnels (forme de cabinet médical

multiprofessionnel) desservant un territoire spécifique. La rémunération demeure à l'acte. Les GMF passent un contrat avec le ou les CLSC de leur secteur dans une démarche de coopération.

Ces deux évolutions, si elles aboutissent et passent du stade de tendance pressentie à celui de fait tangible, peuvent contribuer à donner enfin aux CLSC l'assise médicale qui leur manque et à les renforcer dans leur rôle de porte d'entrée du système, à condition que l'entente entre les CLSC et les GMF dépasse le cadre administratif pour devenir clinique. Un phénomène encourageant a déjà pu être constaté : là où une équipe médicale est constituée en CLSC, le centre attire de nouveaux médecins. Il semble qu'il existe un effet d'entraînement dans une dynamique qui reste à activer sur bien des territoires. En attendant, ce sont les infirmières qui se retrouvent en première ligne et proposent des consultations avec ou sans rendez-vous. Nous sommes là dans une observation de la distribution des rôles dans l'offre de soins bien différente de la situation française.

Observés depuis la France les CLSC sont un paradoxe. Il nous semble, de ce côté de l'Atlantique, que la trop grande médicalisation de la santé est un obstacle à la prise en charge globale de l'individu. Mais lorsqu'une structure se crée sur ce principe au Québec, c'est le volet médical de la prise en charge qui s'avère défectueux.

... À LA PORTE DE SORTIE DU SYSTÈME

Si les CLSC faillissent partiellement dans leur vocation à guider l'utilisateur au commencement de son parcours dans le système de soins, ils ont développé une prise en charge très efficace en sortie du système, quand le convalescent retrouve son domicile.

Un responsable de CLSC :

Pour tout client⁹ qui sort de l'hôpital, le CLSC sait exactement quels services post-hospitaliers vont devoir être dispensés et le client sait qu'une personne va venir chez lui le lendemain, c'est automatique.

Même si cela ne fonctionne ni parfaitement, ni partout au Québec, les réseaux de suivi post hospitaliers s'appuyant sur les CLSC se montrent relativement efficaces. Dans la dimension ambulatoire du soin, l'imbrication

des CLSC dans le tissu local, la variété des intervenants en son sein et les liens étroits avec les organismes communautaires lui confèrent un rôle d'articulation entre l'hôpital et le milieu, une sorte de « porte de sortie » du système. Cette organisation s'apparente à un réseau qui, dans ses formes les plus abouties, se calque sur les grands programmes développés dans le CLSC (Enfance, famille, personnes âgées, etc.).

Dans certaines régions du Québec, les CLSC doivent s'adapter à la taille des territoires et à la dispersion de la population. On assiste alors à des micro-phénomènes de déconcentration de services qui renforcent leur dimension ambulatoire. Ainsi en Abitibi-Témiscamingue, le CLSC de Rouyn-Noranda dispose de 6 antennes, réparties sur un territoire peu dense, dans lesquelles une infirmière assure une permanence de proximité.

Depuis plusieurs années, des processus de concentration sont observables. Ceux-ci ont dans un premier temps été impulsés par les RRSSS (Régies régionales de la santé et des services sociaux), sous la forme de fusion de CH (centre hospitalier), de CLSC et de CHSLD (centre hospitalier de soins de longue durée) en une entité administrative unique : le Centre de santé. À La Baie (Saguenay), les trois établissements ont été administrativement regroupés, mais plusieurs sites physiques distincts subsistent.

Aujourd'hui, c'est le gouvernement provincial qui initie une réforme (réforme Couillard) visant à créer des RLSI (Réseaux locaux de services intégrés) qui regrouperont sur un territoire donné (découpage de secteur CLSC ou limites de Municipalités régionales de comté), l'ensemble des établissements dispensant des services de soins de santé et de services sociaux de première ligne. Ces nouveaux établissements devront établir des modes de coordination avec les cabinets médicaux qui regroupent les médecins omnipraticiens de pratique privée sur leur territoire. Ces collaborations devraient permettre d'élargir l'accès aux services médicaux et de favoriser la continuité des services ; en contrepartie les médecins de pratique privée auront accès plus facilement aux équipements de laboratoire hospitaliers. Dans certains territoires, cette coordination est envisagée par les Groupes de médecine familiale (GMF) alors que dans la région métropolitaine, elle prend plutôt la forme de centres médicaux affiliés.

9- Les Québécois ne satisfont pas au tabou français qui pousse les professionnels du soin à éviter l'emploi du terme « client » pour désigner leur patient.

Il est intéressant de constater qu'au Québec comme en France, les mêmes causes produisent les mêmes effets. Face à l'augmentation des dépenses de santé et face à la volonté de rationaliser la répartition territoriale des soins, les autorités ont recours aux restructurations qui conduisent invariablement à des formes plus ou moins abouties de fusion. Les arguments avancés pour justifier les fusions et les regroupements sont les économies d'échelle (éviter la duplication des services) et la volonté de prendre un virage ambulatoire qui conduit la mise en place de réseaux coordonnés devant, de surcroît assurer la continuité des soins. Ce deuxième point correspond à la double vocation du CLSC de contrôler les flux entrants et sortants du système. Une directrice de centre de santé nous confie : la fusion ne permet pas de disposer de plus de médecins, ni de leur faire jouer le rôle qu'ils devraient jouer en CLSC. En revanche, le vrai apport de la fusion c'est la continuité du parcours du patient dans le système. Cette continuité ne prend cependant effet aujourd'hui que lorsque le patient est à l'hôpital (dans lequel les travailleurs sociaux sont entrés suite à la fusion) et à sa sortie. Les portes d'entrées non hospitalières du système devraient, selon notre lecture de la réforme Couillard, développer une intégration qui les positionnerait en segment de parcours individuels continus en santé.

Pour autant, les CLSC sont nombreux à résister à ces phénomènes de fusion. Il semble qu'il existe un effet de seuil. Au-delà d'une certaine taille du bassin de clientèle (taille définie en fonction de la population et des distances), le CLSC risque de perdre l'une de ses vocations essentielles, le contact avec le milieu local qui lui permet de proposer des réponses en adéquation avec la société locale.

Intégré dans une fusion, participant -acteur parmi d'autres- à des tables rondes de secteurs, le CLSC se trouve dans l'obligation faire sa place dans le système. Faute de disposer des moyens suffisants pour contrôler l'entrée du système, les CLSC se sont reportés sur le soutien des communautés. En cela ils ont connu une certaine réussite en réussissant à intégrer en leur sein des organisateurs communautaires et en parvenant à composer localement des réseaux de services ambulatoires (suivi post-hospitalier, aides à domicile, etc.).

Les recompositions actuelles entre établissements

de santé peuvent avoir des effets pervers s'ils n'obéissent qu'à la seule logique économique (déconnexion du milieu). Mais s'ils sont l'occasion d'un rapprochement entre CLSC et hôpitaux sur le plan clinique; c'est-à-dire en créant des passerelles de l'un à l'autre, cela peut alors être un progrès. Ainsi donc il y aurait, sous conditions, une coïncidence possible entre une logique communautaire et une logique libérale qu'a priori tout oppose? La réforme Couillard n'en est aujourd'hui qu'au stade de la mise en place et c'est assurément une évolution à observer de très près.

UNE GÉOGRAPHIE DES PARCOURS INDIVIDUELS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Qu'il téléphone à la ligne info-santé, qu'il se rende dans son CLSC, aux urgences, ou qu'il essaie d'obtenir un rendez-vous chez un omnipraticien, le patient québécois recevra des soins de qualité et sera protégé par un régime universel d'assurance-maladie.

Mais son parcours au sein du système de santé sera très différent selon son point d'entrée, tant institutionnel que géographique d'ailleurs. Ces disparités méritent certainement d'être étudiées en détail et le CLSC constitue en cela certainement un objet de recherche pertinent.

Parce que chaque CLSC est différent, adapté à son territoire..., que chaque CLSC ne développe pas les mêmes services...et que d'un territoire de CLSC à l'autre, la place et le rôle des médecins diffèrent et qu'il en va de même pour les hôpitaux...

Il est vraisemblable qu'une géographie des parcours individuels dans le système de santé puisse être tracée dans les contours des territoires de CLSC. Il semble que l'instauration des RSLI soit à même de renforcer la visibilité des parcours : l'intégration supposant que le RLSI est imputable de tous les services de première ligne destinés à la population d'un territoire donné, qu'il instaure une coordination des acteurs et un suivi au long cours (notamment dans les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne) de chaque individu. Suite au constat exposé dans ce texte, des chercheurs français et canadiens ont fait de ces questionnements un programme de recherche engagé depuis deux ans. Une typologie des CLSC est en cours qui devrait permettre de préciser les modalités d'accès aux soins de première ligne dans une dimen-

sion territoriale. Il s'agit de classer les CLSC selon plusieurs critères qui ont une influence sur leur fonctionnement¹⁰. La date de leur création, par exemple, et le contexte plus ou moins institutionnel de la période qui a vu leur implantation peuvent jouer un rôle. Il en va de même pour la localisation (et les caractéristiques du territoire), les liens avec le milieu, la couverture territoriale (fusion versus déconcentration) ainsi que sur l'organisation de la structure (budget, services offerts, etc.). Une analyse cluster devra ensuite déterminer si chaque CLSC est unique ou si l'on peut définir des familles et partant de là identifier des rapports entre ces centres et la société à laquelle ils s'adressent. En descendant à l'échelle de l'individu, la confrontation de pathologies courantes à ces contextes et modes de réponses différenciés devrait permettre une représentation des parcours individuels dans des systèmes locaux de santé.

Vue depuis la France, cette étude québécoise apparaît comme une contribution à une réflexion sur la possibilité de proposer à la population d'un pays un guichet unique, véritable porte « d'entrée en santé ». Il s'agit là, à n'en pas douter, d'un enjeu majeur dans une volonté d'assurer un accès équitable aux soins pour tous.

Éléments de bibliographie :

- Association des CLSC-CHSLD, 2001, *CHSLD, CLSC et centres de santé : état de situation et questionnements, actes du congrès de l'association*, 31 mai et 1er juin 2001, Hilton-Québec, 69 pages
- FAVREAU L., HURTUBISE Y., 1993, *CLSC et communautés locales. La contribution de l'organisation communautaire*, Presses de l'Université du Québec, 211 pages
- FLEURET S., SECHET R. (dir), 2002, *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes, 238 pages
- INSPQ, 2001, *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Les publications du Québec, 432 pages
- JAEGER M., 2000, *L'articulation du sanitaire et du social*, Editions Dunod, Paris, p. 67-127
- JOUBE B., *L'État québécois et les médecins spécialistes - Le silence assourdissant de la société*. Le médecin représente, dans l'imaginaire collectif, la dernière icône de la Grande Noirceur, in *Le Devoir*, 19-12-2002

LETOURMY A., 2002, « Valeurs et défis des systèmes de santé français et québécois : introduction au dossier consacré aux rapports Clair et Polton », in *Santé, Société et Solidarité, Revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité*, n° 1, p. 7-13

PENEFF J., (2000), *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métaillé, 190 pages

PINAULD R., DAVELUY C., (1986), *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Agence d'Arc, 480 pages

SERRE M., 2002, « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique. », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, Seuil, n° 143-juin 2002, p. 68-79

THOUZET J.-P., 1989, « Problématique et vue d'ensemble de la géographie des soins de santé », in *Médecimétrie régionale*, Bailly A., Périat M. (dir), Paris, Anthropos, p. 23-32

VAILLANCOURT Y., TREMBLAY L. (dir.), 2001, *L'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada. Une perspective interprovinciale*, LAREPPS, 184 pages

10- Un premier séminaire de présentation de ces travaux a eu lieu à Rennes le 13 mai 2003 avec une communication conjointe de S. Fleuret et D. Thomas