

# Des CSSS aux CISSS

Avant d'instaurer les CISSS, quelle leçon avons-nous tirée de la mise en œuvre des CSSS ?

Par **Elisabeth Martin**, Ph.D.

En 2004, la réforme qui allait donner naissance aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) devait transformer le fonctionnement du système de santé au Québec. En me basant sur une perspective théorique de science politique, j'ai analysé l'instauration des CSSS dans six territoires locaux situés dans deux régions sociosanitaires afin de comprendre comment et sous quelles conditions elle s'était déroulée.

Mon étude (Martin, 2014) a mis en lumière quatre éléments-clés qui permettent de saisir l'évolution de la mise en place des CSSS. À partir des enseignements tirés de ces cas, je montrerai en quoi ces éléments peuvent maintenant servir à comprendre la création de la nouvelle configuration du réseau introduite par la « Loi 10 » qui a créé, au printemps 2015, les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS).

## Quatre éléments centraux

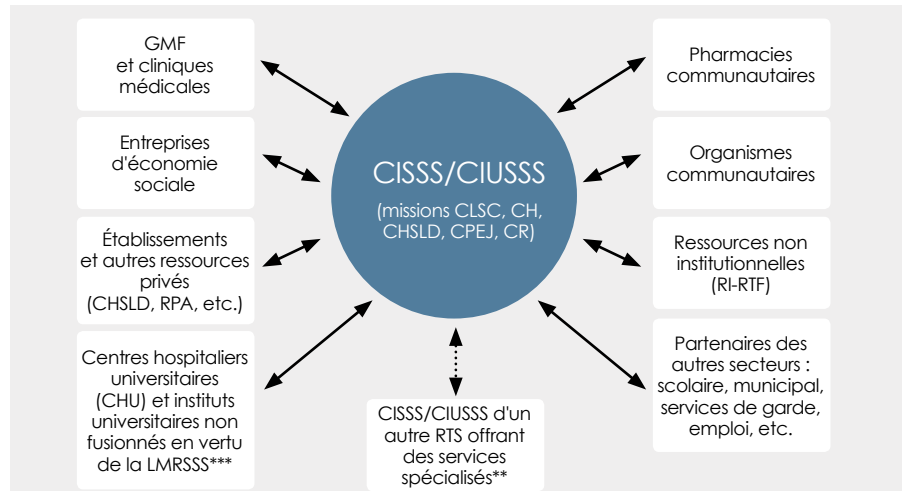
En 2010, soit plus de six ans après la mise en application de la « Loi 25 », la fusion des établissements était chose faite dans tous les territoires. Par ailleurs, des écarts notables quant à l'intégration des services et l'amalgame des missions ont pu être observés, ce qui témoigne du caractère singulier et contrasté des expériences de fusions vécues dans les territoires locaux. Quatre constantes faisant écho aux grandes dimensions du cadre d'analyse permettent d'éclairer le tout.

### 1 Des idées : les limites territoriales

Dans un premier temps, la délimitation du futur territoire d'action des nouveaux CSSS a constitué un enjeu majeur et a fortement influencé le positionnement des acteurs locaux par rapport aux fusions. Dans les cas où les limites territoriales de la municipalité régionale de comté (MRC) étaient respectées, on a observé des réactions de compromis amenant les acteurs à finalement consentir à la fusion.

À l'opposé, les propositions de regroupement chevauchant plusieurs MRC ont suscité de vives contestations. L'idée de préserver les territoires locaux existants a souvent paru plus importante que la préservation de l'autonomie des établissements eux-mêmes.

## Encadré 1 Principaux acteurs d'un réseau territorial ou local de service de santé ou de service sociaux\*



\* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.  
 \*\* Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.  
 \*\*\* La LMRSSS désigne la Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

### 2 Des événements : l'impact des fusions antérieures

L'histoire et le vécu institutionnels des établissements, particulièrement les expériences de fusions antérieures, ont aussi sensiblement influencé le processus de mise en œuvre des CSSS. Au début des années 1990, par suite des restructurations requises par le virage ambulatoire, une dynamique conflictuelle s'était instaurée dans certains milieux ; cette dynamique découlait des fusions forcées qui ont eu comme effet de polariser les missions plutôt que de rapprocher les établissements. Pour d'autres milieux, des relations plus consensuelles avaient permis aux établissements de collaborer tout en préservant leur identité à travers des modèles de gouvernance variés et adaptés aux réalités locales.

Ainsi, les liens administratifs et cliniques antérieurs à la « Loi 25 » de 2003 n'ont pas automatiquement facilité les fusions, compte tenu de la manière très variable dont ces liens avaient été établis.

### 3 Des institutions : la mission originelle des établissements fusionnés

Préserver la raison d'être d'un établissement incarnée par la mission qui lui est propre est une préoccupation importante amplement débattue lorsqu'une fusion se présente. Lors de la création

des CSSS, ces débats ont principalement opposé les représentants des centres hospitaliers à ceux des centres locaux de services communautaires (CLSC). Quant aux représentants des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ils ont joué un rôle beaucoup plus effacé.

Ainsi, les CLSC ont ouvertement et fortement exprimé leurs craintes de voir leur mission sociale de première ligne être diluée dans une organisation fusionnée où le pôle curatif hospitalier occuperait une position prédominante. Parallèlement, plus discrètement, mais avec tout autant de conviction, plusieurs centres hospitaliers ont craint de voir leur prestige et leur dominance diminués par suite d'une fusion avec un établissement à vocation communautaire. Dès le lendemain des fusions, ces appréhensions s'atténueront avec l'élaboration par les CSSS de projets cliniques axés sur la responsabilité populationnelle qui mettront en valeur l'expertise des CLSC.

### 4 Des intérêts : le leadership individuel

Finalement, dans les cas étudiés, les intérêts des acteurs locaux ont joué un rôle déterminant. Il est intéressant de constater que ces jeux furent davantage le fait d'individus que de groupes organisés, ces individus ayant alimenté les résistances ou, au contraire,

## Encadré 2 Méthodologie

poussé pour promouvoir la naissance d'une nouvelle organisation. Malgré l'apparence du peu de marge de manœuvre laissé par la « Loi 25 », les modalités de gouvernance ont fait l'objet de négociations et d'arbitrages serrés entre les acteurs locaux, notamment pour la composition des conseils d'administration transitoires.

### Et les CISSS ?

Bien que la « Loi 25 » (2003) ait prévu un cadre législatif provincial uniforme, précis et contraignant, les appartenances et résistances locales furent source de conflits et la création des CISSS a donné lieu à des solutions négociées et à des compromis locaux. Cette dynamique politique constitue la toile de fond de la création des CISSS.

*En quoi ces observations peuvent-elles être utiles aux infirmières souhaitant mieux comprendre ou même influencer l'évolution des CISSS ?*

D'abord, le postulat à l'origine de la création des CISSS est toujours le même que celui des fusions antérieures, c'est-à-dire que l'intégration structurelle reste, aux yeux des décideurs, une condition préalable à l'intégration des services.

Pourtant, la littérature scientifique internationale et l'expérience québécoise montrent assez clairement que c'est loin d'être automatiquement le cas (Demers, 2013). À ce chapitre, les expériences passées semblent plus ou moins garantes des choix futurs.

*À partir des apprentissages découlant de notre recherche, quels sont les éléments à surveiller dans la mise en œuvre des CISSS ?*

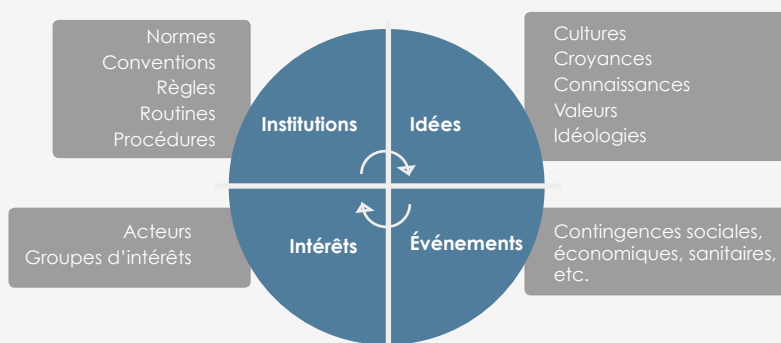
D'une part, l'aspect territorial. Contrairement à 2004, la « Loi 10 » (2015) édicte des balises plus rigides, le plus souvent calquées sur les régions, ce qui a laissé d'emblée moins de place à l'arbitrage pour ce qui est du découpage géographique. Notons que cela n'a pas empêché certains établissements, notamment de grands hôpitaux, de négocier la conservation de leur autonomie.

C'est surtout au niveau local, où le palier de gouvernance disparaît, que des mutations sont à prévoir. Qu'advient-il des territoires de MRC, jusque-là si signifiants pour l'organisation des services ? Comment les acteurs présents arriveront-ils à travailler à partir d'une unité territoriale complètement inédite pour planifier et assurer la prestation des services ? Comment l'indispensable concertation intersectorielle requise par les

L'économie politique est une approche traditionnellement utilisée pour étudier et analyser les politiques publiques en santé. Quatre éléments – les institutions, les idées, les intérêts et les événements – sont habituellement considérés comme les déterminants-clés de l'introduction de changements en contexte de réforme (Lavis *et al.*, 2012 ; Lazar *et al.*, 2013).

J'ai utilisé un devis méthodologique qualitatif par études de cas multiples (Stake, 1995 ; 2005 ; 2006). Des 95 CISSS créés par la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (Loi 25), six ont été retenus pour des considérations théoriques et logistiques : les CISSS de Beauce, de la région de Thetford et de Montmagny-L'Islet dans la région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches, et ceux de Rimouski-Neigette, de Rivière-du-Loup et de Matane, dans celle du Bas-Saint-Laurent.

Les données ont d'abord été recueillies au moyen d'une analyse documentaire des rapports annuels des établissements (n=53), des communiqués de presse (n=102) et des articles de journaux et d'hebdomadaires locaux (n=1056). Trente-deux entretiens semi-dirigés avec des décideurs-clés ont ensuite été menés. L'ensemble du matériel a été codé dans NVivo et une analyse thématique interprétative intra-cas et transversale a été réalisée.



CISSS pour assumer leur responsabilité populationnelle se développera-t-elle dans ces nouveaux territoires ?

Après un recul, il sera important de voir dans quelle mesure l'expérience des CISSS, qui fait encore partie de l'histoire récente du réseau, aura une incidence sur la facilité ou la difficulté à réaliser ce nouveau schéma d'intégration. Ce n'est pas parce que l'opération de 2015 est construite, à certains égards, sur celle de 2004 que le processus se fera naturellement. En effet, la réforme actuelle implique encore plus d'établissements avec leurs missions et leurs vocations fortement différenciées. Comment l'intégration clinique et celle des services vont-elles maintenant pouvoir se reconstruire dans ces systèmes très complexes quand, dans certains milieux, on avait

toujours encore peine à y parvenir dix ans après la réforme de 2004 ?

Enfin, toutes les réformes ont montré que le jeu des intérêts locaux, souvent incarnés par des leaders individuels forts, a été au centre de la dynamique des fusions d'établissements de santé et de services sociaux. Cette fois-ci, sera-t-elle différente, avec une nouvelle réforme qui remet une quantité inédite de pouvoirs entre les mains du ministre de la Santé et des Services sociaux ? ■

### L'auteure



**Elisabeth Martin** est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval de Québec.

### Références

- Demers, L. « Mergers and integrated care: the Québec experience », *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, n° 1, janv./mars 2013, p. 1-4.
- Lavis, J.N., J.A. Rottfingen, X. Bosch-Capblanch, R. Atun, F. El-Jardali, L. Gilson *et al.* « Guidance for evidence-informed policies about health systems: linking guidance development to policy development », *PLoS Medicine*, vol. 9, n° 3, 2012, p. e1001186.
- Lazar, H., J. Lavis, P.G. Forest *et* J. Church. *Paradigm Freeze: why it is so Hard to Reform Health Care in Canada ?* Kingston/ Montréal, Queen's Policy Studies Series/McGill-Queen's University Press, 2013, 416 p.
- 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 n° 10 (L.Q. 2015, c. 1).

*Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Projet de loi n° 25 (L.Q. 2003, c. 21).

Martin, E. *Analyse des conditions d'implantation des centres de santé et de services sociaux (CISSS) : études de cas de l'intégration verticale de la gouvernance des établissements dans deux régions* (Thèse de doctorat en santé communautaire), Québec, Université Laval, 2014, 563 p. [En ligne : [www.theses.ulaval.ca/2014/30499/30499.pdf](http://www.theses.ulaval.ca/2014/30499/30499.pdf)]

Stake, R.E. *The Art of Case Study Research*, Londres, SAGE Publications, 1995, 192 p.

Stake, R.E. « Qualitative case studies » in N.K. Denzin *et* Y.S. Lincoln (ss la dir. de), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3<sup>e</sup> éd.), Londres, SAGE Publications, 2005, p. 443-466.

Stake, R.E. *Multiple Case Study Analysis*, New York (NY), Guilford Press, 2006, 342 p.