

Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale

par Claude Larivière

Directeur des programmes d'études supérieures en administration sociale

Université de Montréal

claude.lariviere@umontreal.ca

Texte présenté lors du premier congrès international francophone du service social, Caen, juillet 2005. Des extraits de ce texte paraîtront dans Interaction communautaire.

Le discours et les pratiques de la « nouvelle gestion publique » (NGP), présents depuis une vingtaine d'années, constituent une menace sérieuse pour toutes les formes d'intervention sociale. Provenant initialement de l'influence de l'approche néolibérale, ces courants visent à restreindre le rôle de l'État dans nos sociétés et à mieux utiliser ses ressources en ciblant davantage leur usage et leur contrôle, empruntent des modes de fonctionnement propre au secteur privé et cherchent à revaloriser les droits des citoyens usagers (accessibilité et continuité accrues, imputabilité des prestataires de services, enquête de satisfaction) mais sans changer le déséquilibre historique typique entre l'ampleur des besoins et la rareté des ressources sociales.

La NGP, malgré un discours favorisant la décentralisation des mandats vers les autorités locales, se caractérise aussi par une accentuation de la concentration du pouvoir effectif entre les mains des politiques qui non seulement prennent les décisions mais les rattachent habilement à l'obligation légitime de rendre compte de façon précise de mandats de plus en plus encadrés par des normes et des ressources standardisées, non négociables avec les premiers intéressés, qu'ils soient usagers ou praticiens.

Si la participation collective des usagers demeure formellement préconisée dans le discours de la NGP (comité des usagers, représentation symbolique au conseil d'administration), la mobilisation citoyenne typique des organismes communautaires et des mouvements sociaux post-68 n'a plus sa place, et le choix des usagers ramenés au rôle de « clients » (comme dans le secteur marchand) est réduit par la disponibilité des ressources, forcément limitées par des gouvernements peu enclins à investir dans un filet renforcé de mesures sociales.

Comment ce courant a-t-il marqué l'évolution progressive des services de santé et des services sociaux au Québec (et peut-être ailleurs) ? Quels sont les risques d'une telle orientation pour l'intervention sociale ? Est-il encore possible pour les ressources d'un milieu de se mobiliser pour influencer les orientations locales en matière d'organisation des services ? Voilà autant d'aspects que nous aborderons successivement.

Les fondements de la NGP

La littérature scientifique qui recense les pratiques caractéristiques de la NGP (liste inspirée de Giauque, 2004 : 51) nous permet de constater comment celle-ci opère concrètement dans la gestion des réseaux de distribution de services à la population :

- Le politique fixe les objectifs que l'administratif doit réaliser ;

- Le discours public est axé sur la décentralisation, mais dans la pratique il y a une croissance du contrôle à partir d'objectifs déterminés et rationalisation des structures (moins d'organisations, plus grosses) ;
- La volonté de contrôler les coûts s'affirme par un suivi budgétaire (comptabilité analytique et imputation précise) et plus de flexibilité managériale (liberté de choix des moyens) dans le cadre des objectifs à atteindre (y compris des possibilités de sous-traitance et de partenariat public/privé) ;
- Les efforts pour une plus grande responsabilité administrative visent une efficacité accrue (imputabilité par objectifs, mesure de la performance) ;
- Le discours public parle aussi de rapprochement du client mais parallèlement, on observe une réduction de la participation citoyenne ;
- La planification et le management stratégique sont encouragés (notamment à la suite des transformations organisationnelles et aux modifications des mandats) ;
- On observe un changement des styles de gestion (vers l'approche de l'excellence et davantage de contrôle) et l'introduction d'incitatifs monétaires pour récompenser l'atteinte des objectifs fixés ;
- La NGP favorise une utilisation accrue des technologies de l'information (notamment pour un *monitoring* des clientèles, des processus et des résultats).

Au plan du mode de gestion des organisations, l'accentuation des formes de contrôle et la recherche constante de l'efficacité (utiliser au mieux les ressources pour atteindre les cibles désignées) typique de l'approche de l'excellence entraînent des modifications significatives des pratiques en matière des ressources humaines et poseront des défis particuliers aux gestionnaires qui chercheront à mobiliser leurs personnels.

Nous avons travaillé ces aspects (à partir d'un tableau de Giauque, 2004 : 59) en mettant en valeur le discours de la NGP sur la gestion des ressources humaines (GRH) et le vécu constaté habituellement par les acteurs au quotidien :

Objectifs poursuivis et promesses de la NGP	Réalité du terrain
Discours portant sur l'autonomisation des services en matière de gestion, volonté de débureaucratiser et de flexibiliser	Pas d'autonomie constatée car trop forte dépendance à l'égard des autorités politiques (orientations, objectifs à atteindre) et des décisions budgétaires
Discours lié à une plus grande responsabilisation et délégation des compétences. Renforcement de l'idée de pouvoir sur son travail personnel	Centralisation des processus décisionnels au niveau de la direction dans un contexte de déconcentration régionale
Discours sur la valorisation des initiatives individuelles, sur une culture plus engagée, vers une prise de risques	Les incertitudes provoquées par les changements favorisent la création d'une culture défensive, de comportements de retrait
Légitimation des réformes par rapport à la qualité des services aux usagers/clients	Évaluation des prestations des services en fonction de leur capacité à utiliser optimalement les fonds publics (logique marchande)
Objectif d'amélioration et de personnalisation des services, rapprochement avec les usagers/clients	Après des réductions parfois massives des budgets durant la décennie 90, des moyens insuffisants pour réaliser les objectifs proposés
Objectif d'augmentation de l'efficacité productive (réduction des coûts des services)	Augmentation des problèmes de coordination au sein des organisations regroupées qui coproduisent ces services
Volonté d'évaluer le personnel	Absence des moyens nécessaires pour récompenser les « bons employés »
Volonté de favoriser les collaborations et les formes de concertation interorganisationnelle	En même temps, multiplication des incertitudes liées à la mesure individuelle des performances
Discours sur la motivation des employés, sur leur participation nécessaire à la poursuite d'objectifs communs	Développement de l'individualisation (compétition) favorisé par des outils et principes de gestion provenant du secteur privé

Les choix de l'État québécois

Au Québec, l'intervention de l'État dans une perspective moderniste remonte aux efforts du ministre Castonguay (1970). Il a conçu l'idée d'un réseau public de santé et de services sociaux construit à partir des anciennes institutions reprises des communautés religieuses (centres hospitaliers, agences diocésaines de services sociaux, hospices et orphelinats) et par l'ajout de nouvelles structures régionales (conseils régionaux) et locales (Centre local de services communautaires ou CLSC), les premiers reprenant des cliniques communautaires créées par des citoyens. Rappelons qu'il a fallu près de 15 ans (de 1973 à 1987) pour que l'ensemble des territoires bénéficient de CLSC et que la présence souhaitée des médecins dans ces services de première ligne n'a jamais pu être atteinte dans plus de 50 % d'entre eux, le réseau des polycliniques médicales privées accaparant près de 90 % des omnipraticiens du Québec.

La loi 120 (1991), nouvelle version de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, constitue la première manifestation de l'influence du courant de la nouvelle gestion publique ; elle introduit les notions d'efficacité, d'objectifs de résultats, d'accessibilité, de décentralisation. De fait, le principal élément de cette réforme repose sur la restructuration du réseau institutionnel. Les 32 départements de santé communautaire (DSC) sont réduits en 16 directions régionales de la santé publique et rattachés aux nouvelles régions régionales, les centres de services sociaux deviennent des centres jeunesse et leurs autres effectifs intégrés en CLSC et en milieu hospitalier, les centres d'accueil et d'hébergement (CAH) deviennent des centres hospitaliers de longue durée (CHSLD). Par étapes forcées ou volontaires, le nombre d'établissements est progressivement réduit de 950 à moins de 500. Cette tendance se poursuivra sous le gouvernement suivant et sera encore renforcée par la loi 25 (2003) qui ramènera à 216 le nombre d'établissements autonomes détenant une charte.

Les constats de la Commission Clair (*Les solutions émergentes*, 2000) avaient déjà balisé le terrain en ce sens en s'appuyant sur de nombreux principes issus de la nouvelle gestion publique : responsabilité populationnelle, territorialité, imputabilité des résultats, rapprocher les décisions de l'action, gestion performante et participation des citoyens. Sa vision comportait déjà un important virage intégrateur : « Implanter les recommandations en ce qui concerne l'adaptation de la première et de la deuxième ligne représentera en fait un défi largement opérationnel. Il faudra là aussi soutenir et coordonner l'action des régions pour qu'émerge cette nouvelle configuration d'un réseau de médecine familiale, bien arrimé à des CLSC renouvelés, des réseaux intégrés de services, notamment pour les personnes âgées en perte d'autonomie, et des corridors de services efficaces, basés sur une approche contractuelle. Le succès de cette implantation reposera sur la pérennité des orientations, et sur la qualité et la stabilité du management. » (2000 : 212) La recommandation 33 préfigure le choix du ministre Couillard : « Que les établissements de première ligne soient regroupés sous une gouvernance unique dans un territoire donné. Celle-ci devrait regrouper, au sein d'un conseil d'administration unifié, les CLSC, les CHSLD et, le cas échéant, l'hôpital local. » (2000 : 227).

De facto, sans attendre ces orientations, sur le terrain, certains partenaires ont naturellement développé des pratiques de collaboration. Parmi ces différentes formes d'expérimentation notons :

- les **tables de concertation** : approche de collaboration classique entre partenaires préoccupés par une problématique commune (exemple : jeunesse, violence conjugale, santé mentale, etc.). Si elle peut être

efficace pour des échanges, elle demeure un mécanisme fragile et dépendant de la continuité des engagements individuels et institutionnels ;

- les **agents de liaison** (souvent des infirmières) : utiles pour la continuité des interventions, particulièrement lors d'une sortie hors du milieu de vie, ces personnes s'assurent que les informations pertinentes circulent pour favoriser de meilleurs services ;
- les **guichets uniques** : progressivement, ce modèle inspiré de pratiques développées dans l'Ouest canadien et aux États-Unis a été utilisé pour mieux coordonner les services à certaines clientèles et mettre en place un « filet de sécurité » préventif pour des personnes à risques élevés de détérioration ;
- **l'entente volontaire de coopération CJ/CLSC** (depuis 1998) : cette initiative est née du désir de ces deux associations d'établissements d'améliorer leurs modes de collaboration et de réduire les situations où des jeunes et leurs familles étaient laissés sans services. Elle a permis des améliorations sensibles, changé le mode de fonctionnement quotidien et conduit à la mise en place de la base d'un réseau intégré de partenaires jeunesse. Des rapprochements existent aussi entre d'autres associations d'établissements (déficience intellectuelle, centres de la petite enfance, etc.) ;
- les **réseaux intégrés de services** (RIS) : surtout expérimentés pour la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie, cette formule constitue un processus interactif permettant aux partenaires d'assurer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité à des clientèles particulièrement fragiles ;
- la **gestion de cas** : est l'introduction de personnes à qui est confié le mandat d'évaluer les besoins et de s'assurer de l'accès aux services requis ;
- les **ententes intersectorielles** : qu'il s'agisse de celle précisant les rôles respectifs des partenaires des réseaux de la santé et des services sociaux lorsqu'ils interagissent avec le milieu scolaire (*Entente MSSS/MEQ, 2003*) ou de *l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* (2001, impliquant le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Éducation et le ministère de la Famille et de l'Enfance), ces ententes encadrent l'action des partenaires potentiels ;
- et l'expérience des **équipes d'intervention jeunesse** (EIJ) : véritable noyau central d'un réseau intégré de services pour les jeunes en difficulté, ces EIJ sont actuellement expérimentées avec notre soutien dans chacune des régions du Québec.

Le modèle préconisé par le gouvernement néo-libéral (loi 25)

Le modèle préconisé est à la fois simple à saisir et complexe à mettre en place. En regroupant sur une base territoriale, en 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS), les ressources combinées des anciens CLSC (y compris les centres de santé, en régions éloignées), CHSLD et CH de soins généraux (présents dans 60 des 95 CSSS) l'État renforce ses efforts pour accroître la concertation territoriale qui devient une responsabilité majeure de cette nouvelle instance (qualifiée de « locale » bien qu'elle prenne fréquemment des caractéristiques de nature sous-régionale.

Ce choix gouvernemental comporte deux défis majeurs pour les gestionnaires et les administrateurs :

- **Interne** : créer une culture organisationnelle commune intégrant des éléments propres à chacune des constituantes ;

- **Externe** : parvenir à exercer un leadership rassembleur pour s'assurer que l'instance (CSSS) établisse les réseaux intégrés de services souhaités avec des partenaires très différents autour d'une motivation certainement partagée d'offrir des services de qualité à la population territoriale.

Cette approche territoriale et populationnelle vise en effet quatre grands objectifs :

1. Améliorer (et non pas seulement maintenir) la santé et le bien-être de la population d'un territoire local ;
2. Assurer l'accès à des services intégrés (en structurant des réseaux par problématiques) ;
3. Partager collectivement (entre le CSSS et ses partenaires) une responsabilité envers cette population ;
4. Créer un palier local de gestion (sous la gouverne de l'établissement CSSS) dispensateur de services et centre de coordination du réseau local de services.

Le défi est de taille et les risques d'échec nombreux, notamment parce que le changement est perçu comme étant imposé de l'extérieur. Ceci étant pris en compte, la réforme proposée n'est pas sans intérêt et peut, si certaines conditions sont réunies, contribuer à améliorer l'offre de services à la population. Mais cela ne sera réalisable que si les directions des nouveaux CSSS parviennent à mettre en valeur le potentiel de leurs ressources humaines en intégrant leur contribution dans un nouveau projet collectif local. L'intégration de cultures aussi différentes que celles d'établissements publics, d'organismes communautaires et d'entrepreneurs privés comme les médecins dans des réseaux intégrés ne va pas de soi, loin de là et certains diront même qu'il s'agit d'une alliance forcée et contre-nature.

Et même dans les établissements publics, la tendance de définir le projet clinique autour d'un modèle hégémonique issu de la santé publique, et niant complètement l'expertise particulière des professionnels psychosociaux pour décoder et traiter les besoins de la population, démontre une absence d'ouverture d'esprit inquiétante. Ceci, dans un contexte où des négociations collectives s'amorcent, où les administrateurs __à peine mis en place__ pourraient être remplacés en vertu du projet de loi 83, alors que de plus en plus d'employés et de cadres s'apprêtent à quitter le réseau public pour prendre leur retraite. Cela introduit beaucoup d'incertitude...

Quels sont les risques d'une telle orientation pour l'intervention sociale ?

Le ministère ne le cache pas : « À la création des CSSS s'associe une vision novatrice de l'organisation et de la prestation des services, basée sur les principes de hiérarchisation des services et de responsabilité populationnelle » (MSSS, 2004 : 3). Pour guider cette innovation, le ministère propose un Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (MSSS, 2004) qui préconise l'uniformisation des pratiques par leur standardisation : « D'une part, la standardisation vise l'alignement des pratiques avec des normes ou des standards reconnus et applicables aux contextes locaux. La standardisation s'applique aussi aux pratiques cliniques individuelles ou de groupe par le biais de l'adhésion à des protocoles ou lignes directrices fondés sur les données probantes ou les meilleurs pratiques selon les consensus d'experts. » (MSSS, 2004 : 25).

Trois approches sont proposées pour actualiser cette normalisation des pratiques :

- **l'approche par programme**, ceux-ci ciblent les neuf priorités retenues par le ministère et qui deviendront les seules financées de façon récurrente à compter de 2005-2006 : santé publique, services généraux (activités cliniques et d'aide, ainsi que les services médicaux de première ligne), perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, jeunes en difficulté (0 à 17 ans), dépendance (alcoolisme, toxicomanies, jeux pathologique), santé mentale et santé physique. La coloration fortement sanitaire de cette programmation s'explique par la domination de la santé publique sur la définition des problèmes prioritaires ce qui traduit concrètement les conséquences du courant actuel de mondialisation des soins de santé sous le leadership de l'OMS.
- **l'approche communautaire** qui n'a rien à voir avec les courants issus du travail social, complètement ignorés au profit de « l'organisation des composantes du système autour des soins primaires et des partenariats avec le milieu communautaire » (MSSS, 2004 : 27) pour contribuer à la réduction des inégalités de santé. Ces partenaires dits « communautaires » parce que non intégrés au réseau public prennent la forme de médecins en pratique libérale, de pharmacies marchandes, de municipalités tout autant que de réelles ressources communautaires (sur une base volontaire) .
- **l'approche populationnelle** qui vise à cibler des sous-groupes à risque de générer des coûts importants pour l'État (par exemple, les personnes diabétiques, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement).

La tendance préconisée, sans doute une autre mode passagère, issue de la mondialisation des connaissances médicales et de l'action de l'OMS, passe par le choix des interventions fondées sur les « données probantes », sans dire que celles-ci sont malheureusement à la fois biaisées et aveugles.

Biaisées et aveugles parce que développées dans un univers déterminé, dépendant du financement disponible pour la recherche, essentiellement consacrée aux problèmes de santé coûteux ou rentables pour l'industrie pharmaceutique ; les problématiques sociales sont laissées pour compte, tout comme les maladies des pays pauvres. Par exemple, pour guider sa réforme en cours, le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux propose le développement d'un projet clinique d'offre de services qui s'appuie sur une revue de littérature (ignorant tout de la production des 20 dernières années qu'il a lui-même financé en recherche sociale) comportant 120 références : 83 en santé, 36 en gestion...et une en social (axée sur sa subordination :« *The emerging health care world : implications for social work practice and education* »). Elles s'inscrivent dans une vision hégémonique des bonnes pratiques (où l'instrumentalisation du service social :« *Emergency department case management : the dyad team of nurse case manger and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions ans costs : a literatire review* ») reposant sur un étalon de mesure idéalisé, fondamentalement néo-libéral, inspiré par les expériences américaines (où le tiers payeur à but lucratif cherche à minimiser les coûts en « gérant la maladie » et l'État à réduire les services, alors que le pourcentage de citoyens sans protection augmente en dépit d'une dépense per capita en santé dépassant tous les autres pays), l'Angleterre, l'Australie et, au Canada, l'Alberta, la province qui aimerait bien se débarrasser de l'accessibilité universelle aux soins de santé parce que les « riches sont tannés de payer pour les pauvres profiteurs ». Curieusement, l'expérimentation et les « bonnes pratiques » dont on doit s'inspirer s'arrêtent pratiquement là où finit l'univers anglo-saxon... Nous ne sommes pas loin de l'impérialisme culturel typique de la mondialisation de la production culturelle.

Où allons-nous ?

Au Québec, la réforme en cours se présente sous l'apparence d'un changement des cultures en silos du réseau traditionnel d'établissements publics qui n'arrivaient pas à communiquer facilement entre eux et à offrir des services adéquats. Dans les faits, elle charcute ce qui restait de plus original du réseau public, les CLSC, au nom de concepts technocratiques comme l'approche populationnelle, les priorités de santé publique, les données probantes, etc.

Reconnaissons d'emblée que le gouvernement actuel ne fait que poursuivre le travail amorcé par la réforme Côté et les efforts d'intégration (« fusions forcées ») du Ministère de la Santé et des Services sociaux sous le précédent Parti Québécois. La loi de 2000 sur la gouvernance, l'interdiction des déficits budgétaires des établissements sous peine de tutelle, mesures inspirées de la nouvelle gestion publique préparait merveilleusement bien le terrain. Il ne s'agit pas seulement d'un changement de culture mais bien d'une lutte ouverte et pernicieuse pour assurer l'hégémonie d'une conception réductrice des enjeux socio-sanitaires au détriment des personnes exclues et de celles moins favorisées. Nous avons évidemment le devoir de les défendre et de dénoncer cette usurpation des logiques explicatives.

Que faire ?

Entre la résignation des intervenants (souvent préparatoire à la retraite), la résistance silencieuse (accompagnée de déceptions, d'amertume et d'un risque d'épuisement professionnel) et la lutte, le devoir de professionnels formés à l'action sociale et communautaire ressort de façon évidente. Non pas dans une perspective purement syndicale (il leur faudra de nombreuses années pour recréer une unité entre les salariés forcés de se regrouper) ou corporatiste (nous ne sommes pas les seuls à subir cette transformation, il y a là bon nombre d'alliés potentiels dans chacune des organisations) mais bien dans une **perspective solidaire** où praticiens sensibles aux besoins, gestionnaires conscients, universitaires capables d'analyse, chercheurs sur les pratiques et décideurs éclairés peuvent construire une alliance pour affirmer une vision beaucoup plus juste de ce qu'il est possible de réaliser comme offre de services.

Nous avons le devoir de dire la vérité. De cesser de nous taire sur ce que vivent les personnes auprès de qui nous mettons en œuvre nos savoirs, nos savoirs faire et, je l'espère, notre savoir être. De dire toute la vérité, même celle qui dérange souvent notre supérieur, nos collègues parfois, l'établissement qui nous emploie et préfèrent la taire. Mais il faut aussi dire que la vérité. Bien entendu, nous avons le devoir de documenter, de prouver nos affirmations en les appuyant sur des constats fondés par des faits. Ce travail ne peut s'effectuer seul, c'est pourquoi le comité des pairs du Conseil multidisciplinaire doit être utilisé à bon escient.

Il nous faut développer rapidement et partout une **stratégie d'alliance** avec les autres professionnels psychosociaux présents parce qu'ils sont comme nous victimes de ce tassement inacceptable, minorisés, sans grande influence. Les plus nombreux, les seuls présents autant en milieu scolaire qu'hospitalier, à l'accueil et dans les services aux personnes en perte d'autonomie, pouvant à la fois s'appuyer sur un Ordre professionnel de plus en plus présent et que nous pouvons mobiliser au besoin, ce sont les travailleurs sociaux. Le Québec, bien qu'une modeste nation, a fréquemment servi de modèle en matière d'innovation ; allons-nous accepter que ces acquis soient effacés sans combattre ?

J'ai vu récemment, et de façon unanime, les membres d'un conseil d'administration d'un CSSS refuser que la direction de leur établissement parte en consultation auprès de la population sur un document d'orientation qu'ils n'avaient pu étudier en profondeur ni modifier en fonction de leurs valeurs. Dans la même région, un président de conseil d'administration a démissionné publiquement pour dénoncer l'impossibilité de conserver une dimension humaine à un établissement intégrant de force quelques milliers d'employés ne se connaissant pas.

Une autre question fondamentale se pose pour tout observateur de la scène québécoise des trente dernières années : Est-il encore possible pour les ressources d'un milieu de se mobiliser pour influencer les orientations locales en matière d'organisation des services ? Ma réponse est oui, si elles savent bâtir des alliances et dénoncer avec le fracas nécessaire les changements inacceptables. Les politiciens détestent les « ondes de choc médiatiques » et c'est à nous de remettre à l'agenda les vieilles tactiques de notre collègue Saul Alinsky pour éviter que le social ne soit plus qu'une technique de soutien aux modes de gestion sanitaire des populations. Qu'en pensez-vous ?

Références bibliographiques

Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes*, Gouvernement du Québec.

Giauque, D. (2004). « Gestion des ressources humaines et modernisation des administrations publiques », *Les politiques sociales*, 1-2, 47-62.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Planification stratégique*.