-Jean-Pierre Marcotte-

CLSC DRUMMOND AU SERVICE DES GENS

Amélie Cournover

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE DRUMMOND

Copyright © La Société d'histoire de Drummond 555, rue des Écoles Drummondville, Québec J2B 1J6

ISBN: 978-2-922789-04-1

Dépôt légal 4º trimestre 2010 Bibliothèque nationale du Canada Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Jean-Pierre Marcotte et Amélie Cournoyer Le CLSC Drummond : 25 ans déjà! Société d'histoire de Drummond

Vingling and dela!

Dans la vie, il y a ceux qui regardent le monde tel qu'il est et se demandent *pourquoi* et ceux qui imaginent le monde tel qu'il devrait être et se disent : pourquoi pas?

— GEORGES BERNARD SHAW

À travers la sinueuse progression des services de santé et des services sociaux au Québec, le Centre local de services communautaires (CLSC) Drummond a vu le jour, il y a 25 ans, en vertu des lettres patentes qui lui furent délivrées le 26 septembre 1985.

Devenir la principale porte d'entrée de notre réseau public, voilà quel était l'ambitieux et périlleux objectif formulé lors de sa création. Les dirigeants, les administrateurs et les membres de son équipe ont dû faire preuve de créativité et de ténacité pour réussir à développer ce modèle d'organisation sociosanitaire inédit dans le paysage drummondvillois. Le parcours mouvementé de cette institution, aujourd'hui tissée serré avec les personnes et les organismes de notre milieu, a été marqué de contradictions, de contestations et de remises en question. Désormais lié au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Drummond, le CLSC Drummond continue néanmoins de se consacrer au mieux-être de la population générale et, plus spécifiquement, des personnes plus vulnérables.

Même si le CLSC Drummond est une organisation familière pour la plupart des gens, son histoire, ses pionniers, le contexte de son implantation et l'évolution de sa mission au fil des réformes successives du système de santé québécois demeurent peu connus.



M. Nagui Habashi, directeur général du CSSS Drummond



M. Gérald Lapierre, président du conseil d'administration

En cette année d'anniversaire, la direction du CSSS Drummond a vu l'occasion de faire connaître cette belle histoire au cœur de laquelle figurent mobilisation, concertation et complémentarité. La Société d'histoire de Drummond a donc été mandatée pour la réalisation de ce cahier commémoratif. Sa rédaction est le fruit du travail de M. Jean-Pierre Marcotte, historien, et de M^{me} Amélie Cournoyer, rédactrice-recherchiste.

Nous sommes convaincus que cet ouvrage donnera naissance à bien des découvertes sur les enjeux reliés au développement des CLSC au Québec et chez nous. Vous constaterez les efforts déployés par les acteurs lors de chacune des étapes qui ont façonné ce projet localement. Nous disons merci à tous ceux et celles qui ont contribué, par leurs idées et leurs actions au sein du CLSC Drummond, à l'avancement des soins et des services de santé.

Juin 2010

Au Québec, les CLSC sont apparus en 1972, dans le cadre de la réforme du système sociosanitaire mise de l'avant par le ministre de la Santé Claude Castonguay. Destinés à devenir la porte d'accès aux services sociosanitaires, les CLSC ont cependant dû s'implanter en tenant compte des réalités propres à chaque communauté.

À travers cinq thèmes, cette brochure met en contexte la fondation et l'évolution du CLSC Drummond dans le cadre plus général du développement du réseau CLSC au Québec. Le choix d'une telle approche thématique vise donc à mettre l'emphase sur certains aspects précis de l'évolution de l'établissement drummondvillois en tant que composante du réseau provincial.

Le premier thème abordé est la préhistoire des CLSC. Il sera question des trois types d'établissements publics qui, avant 1986, ont été en charge des services sociosanitaires de première ligne à Drummondville. De ces trois types d'établissements, les unités sanitaires de comté prennent cependant une plus large part, car même si elles ont disparu en 1975, leur mode de fonctionnement a directement inspiré la mise sur pied des CLSC.

Par la suite, un bref survol descriptif de la MRC de Drummond sera effectué. Puisque les CLSC devaient se développer en fonction des besoins locaux, il faut bien comprendre en quoi la MRC de Drummond pouvait nécessiter des besoins particuliers. Troisièmement, les principales étapes menant à l'inauquration du CLSC Drummond seront expliquées.

Dans un quatrième temps, il sera question du développement des services. Rythmé par les besoins de la population et les réformes, ce parcours se divise en trois périodes, soit la mise sur pied des premiers services, la réforme sociosanitaire des années 90 et la fusion institutionnelle de 2004.

Enfin, le dernier thème traitera du problème d'implantation du CLSC dans le réseau sociosanitaire drummondvillois. Plus précisément, celui-ci s'articule autour d'une rivalité qui s'est installée entre le CLSC et certains omnipraticiens de la région.

Pour réaliser cette brochure, trois types de documents ont été utilisés. D'abord, il y a les rapports annuels du CLSC et du CSSS Drummond. Ensuite, il y a les articles des journaux *L'Express*, *La Parole*, *La Tribune* et *Le Nouvelliste*. Enfin, les informations provenant de ces deux sources ont été complétées par divers documents d'archives tels que procès-verbaux et comptes rendus des assemblées annuelles publiques.

. À l'origine des centres locaux de services communautaires (CLSC)



La préhistoire des CLSC débute dans les années 1920. En effet, en jetant un regard sur les institutions sociosanitaires qui ont été créées à partir de cette époque, on constate que les CLSC n'étaient pas des créations entièrement nouvelles. Bien que, dans le contexte des années 70, l'idée de créer un guichet unique regroupant tous les soins de santé et les services sociaux de première ligne ait été novatrice, il faut néanmoins rappeler que dans leur forme, les CLSC s'inspiraient en grande partie de ce que l'on a appelé les unités sanitaires de comté (USC). De plus, il faut souligner que la plupart d'entre eux ont bénéficié d'une expertise qui s'était forgée à travers les départements de santé communautaire (DSC) et les centres de services sociaux (CSS). En ce sens, pour bien saisir toute l'originalité de ce que sont les CLSC, il faut d'abord connaître les institutions qui les ont précédés.

1.1 Les unités sanitaires de comté (USC)

Dédiées à la surveillance et à la protection de la santé publique, les unités sanitaires de comté ont été conçues par le Service provincial d'hygiène de la province de Québec (SPH), mais leur implantation dans les différentes régions s'est faite à la demande des citoyens. Pour persuader la population des bienfaits de ces institutions, leurs promoteurs argumentaient

D' Paul L. Dugal, longtemps chirurgien-dentiste pour l'Unité sanitaire de Drummondville, ici dans son bureau de la rue Lindsay vers 1950

Vingling and dela

Lutte contre la tuberculose organisée à Drummondville et dans le comté de Drummond

Elle serait organisée à Drummondville, avec le concours des manufacturiers. — Campagne à travers le comté.

Nous recevons le communiqué qui suit :

Nos citoyens ont sûrement entendu parler de la lutte intense qui se fait actuellement par toute la province contre ce fléau redoutable qu'est la tuberculose, cette maladie contre laquelle il n'existe, malheureusement encore, aucun préventif, aucun remède autre que le repos et le grand air.

Un des aspects les plus terribles de cette maladie c'est qu'elle n'offre aucun signe visible au début. Le seul moyen de la dépister c'est l'épreuve de la tuberculine ou encore le Rayon-X.

L'Unité Sanitaire de Drummondville est actuellement à préparer une campagne à travers la ville et le comté afin de populariser l'examen volontaire de toute personne. Les industries de Drummondville seront approchées dans un avenir prochain et nous avons le ferme espoir qu'elles voudront coopérer avec nous afin de nous permettre d'examiner chacun de leurs employés.

Disons en passant, que cet examen, qui est appelé "épreuve à la tuberculine ou Vollmer Patch Test" est des plus inoffensif et ne produit qu'une réaction sur la peau qui permet au médecin de déterminer si l'organisme de la personne a été envahi par le bacille de la tuberculose. Si la réaction est positive, le médecin fera généralement prendre une radiographie en plus de l'examen clinique approfondi auquel il soumettra le patient. Il se peut que la radiographie et les autres constatations ne révèlent chez cette personne au-(Suite à la page 5)

qu'en regroupant les fonctions et les responsabilités qui étaient auparavant partagées entre plusieurs municipalités, les USC allaient mieux coordonner les ressources déployées et ainsi offrir un meilleur rendement. La première USC a donc vu le jour en 1926 et la dernière a disparu en 1975.

Dans l'esprit de leurs concepteurs, les USC devaient être le fer de lance de la santé préventive. Ayant la responsabilité d'œuvrer chacune sur un territoire composé de 40 000 à 50 000 individus, elles regroupaient, au sein d'une même équipe de travail, un médecin hygiéniste, un inspecteur en hygiène et une ou plusieurs infirmières hygiénistes¹. En région rurale, il arrivait également qu'un vétérinaire s'ajoute à ces équipes afin de surveiller l'état de santé du bétail. Enfin, à partir de 1942, plusieurs USC se sont adjoint un dentiste afin de mettre sur pied des programmes de santé dentaire².

En général, le programme des USC était uniforme d'une institution à l'autre et il couvrait six grands points:

- 1. «le travail de propagande »³;
- 2. la tuberculose;
- 3. l'hygiène de l'enfance;
- 4. le dépistage des maladies contagieuses;
- 5. la vaccination et l'immunisation;
- 6. l'inspection sanitaire⁴.

- Georges DESROSIERS et al., La santé publique au Québec: Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975, Montréal, Les Presses du l'Université de Montréal. 1998. p. 54.
- 2. Ibid., p. 91.
- Ibid., p. 91. Dans les rapports annuels des USC, à partir de 1956, on remplace la formulation « travail de propagande » par « éducation sanitaire de la population ».
 On remarque ici qu'après la Seconde Guerre mondiale et sous l'influence des régimes staliniens, on a accolé un sens péjoratif au terme « propagande ».
- 4. Ibid., p. 91.

DRUMMONDVILLE AURA-T-ELLE SON UNITE SANITAIRE BIENTOT?

Un groupe de citoyens en vue de notre ville est actuellement à préparer les plans d'une Unité Sanitaire telle qu'il en existe depuis ces derniers temps dans certains centres de la province.

LES UNITES SANITAIRES

une impulsion considérable a été don- et leur grande utilité dans les agglonée dans tous les pays du monde mérations considérables et même aux qeuvres destinées à conserver la santé humaine. Notre province n'est pas restée en arrière sur ce point, et, considérant la valeur des vies en tant que capital chez un peuple, les autorités gouvernementales ont fait un effort pour amoindrir les pertes que depuis si longtemps notre population subit dans ses oeuvres vivres.

Depuis 1923, date de l'ouverture d'une campagne provinciale intensive contre la tuberculose et la mortalité. infantile, un nombre considérable de centres spécialement affectés à cette lutte, a été établi dans nos différentes. régions; présentement, il y a dix-neuf dispensaires anti-tuberculeux et plus de soixante-dix cliniques pour nourrissons dans la province, si l'on comprend les institutions déjà existantes à Montréal et à Québec, lors du début des organisations du Service provincial d'hygiène.

expérience de plusieurs années, a fait conditions hygiéniques au milieu d'uvoir qu'à côté de ces institutions spé-

Au cours de ces cernières années, ciales pouvant avoir leur raison d'être dans les petites villes aux populations d'au moins 10,000 âmes, il était nécessaire pour que les efforts faits donnent leur plein rendement d'attaquer d'une manière plus générale le problème de l'hygiène au sein de notre population.

En Angleterre, depuis un grand nombre d'années, et aux Etats-Unis depuis moins longtemps, tout en accordant aux institutions spéciales dont je viens de parler, dispensaires et cliniques, leur importance très grande, on en est venu, après une longue période d'essai, a réaliser le plus de succès par l'établissement de services d'hygiène restreints mais travaillant d'une manière intensive, à l'amélioration des conditions de vie dans les limites d'un comté.

LE PROGRAMME

Attaquer le problème de la tuber-Mais, une étude plus approfondie culose et des maladies qui déciment de la situation, de même que les ré- la première enfance, sans s'occuper sultats démontrés ailleurs par une d'une manière suivie du reste des

(A suivre en page quatre)

M. Alphonse Lessard

En 1885, Alphonse Lessard obtient un diplôme de médecine à l'Université Laval. En 1922, au moment de la création du Service provincial d'hygiène de la province de Québec, il en assume la direction, ainsi que celle du Service de l'assistance publique, jusqu'en 1936, au moment où l'Union nationale prend le pouvoir. Sa plus grande réalisation est sans conteste la création des unités sanitaires de comté, qui ont constitué le premier réseau de santé publique du Québec⁶.

La fondation des USC se situait dans le contexte d'un vaste programme de lutte mis sur pied par les libéraux de Louis-Alexandre Taschereau pour contrer les deux plus grands fléaux sanitaires qui s'abattaient sur le Québec à cette époque, c'est-à-dire la mortalité infantile et la tuberculose. À cette fin, en 1922, le gouvernement avait débloqué un budget de 500 000 \$ sur cing ans pour subventionner, au niveau municipal, la création de ligues antituberculeuses et de dispensaires pour nourrissons que l'on surnommait Gouttes de lait.

Chargé d'administrer ce nouveau budget sanitaire, le Dr Alphonse Lessard, directeur du SPH, avait pris contact avec la Fondation Rockefeller, Celle-ci constituait une bonne source de références en la matière, car elle avait notamment rédigé une littérature abondante au sujet du travail sanitaire qu'elle avait entrepris en France. De plus, il est à noter que, par le passé, cette organisation philanthropique avait déjà créé des liens avec le Canada, car au lendemain de la Première Guerre mondiale, elle avait versé une aide financière à plusieurs facultés de médecine afin de les récompenser d'avoir défendu la démocratie lors du conflit⁵.

Après quelques échanges avec la Fondation Rockefeller, en 1925, cette dernière a invité M. Lessard à former une délégation québécoise afin d'aller observer le travail qu'elle avait entrepris dans les comtés du sud des États-Unis⁷. Ce voyage a été historique, car il a fait naître l'idée du tout premier réseau de santé québécois entièrement géré et financé par le public. En effet, rendus sur place, les dirigeants du SPH ont été impressionnés par le travail d'un type d'organisation que les Américains nommaient Full-Time County Health Organization et ils ont décidé de l'implanter au Québec8.

Vingt-cing and del

Une telle mesure nécessitait un changement majeur dans les pratiques en matière de santé publique, tant au plan du financement que de la tradition organisationnelle. D'une part, pour que les USC puissent fonctionner avec les ressources adéquates, il fallait que les municipalités mettent leurs ressources financières en commun. De plus, en dépit de cette association, il fallait trouver des sources de financement supplémentaires, car dans la plupart des cas, les ressources municipales ne suffisaient pas à assurer la pérennité d'un tel service. D'autre part, il fallait également que les municipalités renoncent à leur autonomie en matière de santé publique et qu'elles acceptent de transférer ces pouvoirs au SPH, qui relevait du gouvernement provincial.

En ce qui a trait aux sources externes de financement, le directeur Lessard croyait fermement que le bénévolat et la charité chrétienne ne suffisaient pas à entretenir un réseau d'institutions susceptibles d'avoir un impact réel sur le portrait sanitaire québécois. Il a donc convaincu le gouvernement provincial de financer les USC à 50 % et de demander aux municipalités de prélever une taxe spéciale de 0,5 à 1 cent par 1\$ d'évaluation. Enfin, dans les cas où cela était encore insuffisant, la Fondation Rockefeller s'engageait à financer le reste en soulignant qu'elle se retirait progressivement, au fur et à mesure que les contributions municipales allaient augmenter. Pour la Fondation Rockefeller, la participation des gens du milieu était une condition sine qua non à son investissement dans le programme des unités sanitaires de comté. En ce sens, le réseau ne s'est pas développé simultanément sur l'ensemble du territoire, car certaines municipalités ont refusé de participer financièrement⁹.

Sur le terrain, le travail concret des USC s'effectuait sur plusieurs fronts. D'abord, en ce qui a trait à l'assainissement du milieu, les inspecteurs en hygiène parcouraient leur territoire respectif en vérifiant la qualité de l'eau d'alimentation, en inspectant les abattoirs, en surveillant la pasteurisation des produits laitiers et en s'assurant du bon fonctionnement des systèmes d'égouts et de collecte des ordures.

Ensuite, concernant l'éducation populaire, en collaboration avec la division de l'enseignement du SPH, on organisait des conférences d'information, on distribuait des affiches publicitaires faisant la promotion de saines habitudes de vie et on embauchait des infirmières visiteuses qui parcouraient les campagnes afin d'aider les jeunes mères à bien prendre soin de leurs petits, tout en leur offrant un environnement de vie sain. Enfin, il faut également mentionner que, déjà à cette époque, on demandait à des personnalités connues de se faire porte-parole de la cause sanitaire à travers des émissions de radio telles qu'À votre santé!

Le dossier du dépistage occupait aussi une bonne partie des effectifs des USC. À cette fin, on compilait les statistiques concernant les maladies à déclaration obligatoire et on surveillait l'éclosion des épidémies. De plus, les médecins hygiénistes tenaient régulièrement des cliniques de dépistage dans lesquelles la population pouvait se livrer gratuitement à divers tests. Dans les premiers temps, on surveillait surtout la tuberculose et les maladies infectieuses telles que la typhoïde, mais après la Première Guerre mondiale, les maladies transmises sexuellement sont devenues une préoccupation majeure en santé publique.

- 5. Ibid., p. 19.
- 6. Ibid., p. 13.
- 7. *Ibid.*, p. 19.
- 8. Ibid., p. 19.
- 9. *Ibid.*, p. 18. Dans les années 20, la Fondation Rockefeller a également participé à l'implantation d'unités sanitaires au Brésil et en Tchécoslovaquie. Plus de quarante ans après, la Commission Castonguay-Nepveu s'est arrêté en Tchécoslovaquie pour étudier son système de santé et les commissaires ont été agréablement surpris par un type d'organisation qui les a inspirés lors de la conception des CLSC. (Benoît GAUMER et Georges DESROSIERS, «L'Histoire des CLSC au Ouébec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 10, nº 1, 2004, p. 52.) Il serait intéressant de savoir s'ils étaient conscients que ces organismes avaient les mêmes racines idéologiques que les unités sanitaires québécoises. De plus, il faut se demander pourquoi ils ont été impressionnés par la variante tchèque, alors qu'ils s'empressaient de mettre un terme aux unités sanitaires québécoises.

10. *lbid.*, p. 119.

- 11. D' Alphonse Lessard cité dans DESROSIERS et al., Ibid. p. 16.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procèsverbaux du conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Croix, 14 janvier 1975.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Procès-verbaux du Département de santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Croix, septembre 1981.

Parmi les médecins hygiénistes les plus radicaux, certains ont procédé au placardage des maisons dans lesquelles vivaient des personnes infectées. Par exemple, ils installaient des panneaux sur lesquels on pouvait lire: « Danger! Maison infectée à la typhoïde ». En dépit de l'apparition des antibiotiques au début des années 40, cette pratique a perduré jusqu'aux années 50¹⁰.

Enfin, l'organisation des campagnes de vaccination était un volet fondamental du travail des USC. Celles-ci distribuaient gratuitement les vaccins aux omnipraticiens et ces derniers étaient responsables d'administrer les doses moyennant certains honoraires, lorsque le patient était en mesure de payer. Pour s'assurer que la vaccination obligatoire était respectée, des inspecteurs parcouraient les écoles et lorsqu'un enfant n'avait pas son carnet de vaccination rempli par un omnipraticien, il était retourné chez lui.

Les campagnes de vaccination ont donné lieu à des affrontements entre les USC et les omnipraticiens. Dans certains cas, les médecins hygiénistes offraient à la population la vaccination gratuite. Perdant ainsi de leur clientèle au profit de médecins rémunérés par l'État, certains omnipraticiens ont donc été de farouches adversaires des USC. Aussi, le D' Lessard a consacré beaucoup d'énergie à différencier les champs d'action de chacun en traçant une frontière nette entre le dépistage et le traitement:

«Les médecins sont d'ailleurs appelés à profiter énormément [du système des USC]. L'officier médical [de l'USC] ne traite pas et, tous les jours, de concert avec les infirmières, il dirige vers les médecins de famille une foule d'enfants et même d'adultes pour la correction de certains défauts qui auraient des conséquences futures sérieuses et encourage les familles à se faire traiter¹¹.»

Malgré le fait que les USC aient couvert l'ensemble du territoire québécois de manière efficace, la Commission Castonguay-Nepveu sur le bien-être social et les soins de santé a choisi de les abolir pour les remplacer par les départements de santé communautaire (DSC) et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Lors de cette prise de décision, les commissaires ont estimé qu'il fallait élargir le mandat des établissements de santé préventive en incluant également le volet traitement. Ainsi, la dernière USC a disparu en 1975.

1.2 Le Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital Sainte-Croix

À Drummondville, le DSC a été érigé en 1974, en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux de 1972. La mission de cette entité était de prendre le relais de l'ancienne Unité sanitaire du comté de Drummond en matière de santé publique et de santé préventive. Les premières infirmières qui y ont œuvré ont officiellement été transférées de l'USC de Drummondville en janvier 1975¹².

Les services à la population étaient dispensés au 400, rue Saint-Georges, mais l'administration du DSC relevait de l'Hôpital Sainte-Croix et son territoire incluait également la région de Victoriaville¹³.

Vingling and del

Le rôle du DSC comportait trois volets:

- a) identifier les problèmes de santé publique de la région;
- b) élaborer des programmes destinés à résoudre les problèmes de santé publique;
- c) évaluer les programmes offerts à l'aide d'études réalisées auprès de la population.

En 1981, les activités du DSC étaient regroupées à l'intérieur de quatre programmes:

- a) programme de santé infantile;
- b) programme de santé scolaire;
- c) programme des maladies infectieuses;
- d) programme de maintien à domicile¹⁴.

À partir de 1982, d'autres programmes se sont ajoutés pour spécialiser l'offre de service: programme en périnatalité, programme en santé dentaire et programme en santé au travail. À ce chapitre, il faut mentionner que contrairement aux autres programmes qui relevaient du ministère des Affaires sociales (MAS), ce dernier relevait de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). De plus, en 1983, le DSC a mis sur pied une clinique des voyageurs ainsi qu'une clinique de prévention et de traitements des maladies transmises sexuellement¹⁵.

À partir de 1984, avec l'implantation des CLSC dans la région, le DSC de l'Hôpital Sainte-Croix a vu ses effectifs réduire. En effet, le transfert des services de première ligne vers les CLSC Suzor-Côté, de l'Érable et Drummond a occasionné la perte des employés qui étaient affectés à la santé scolaire, à la santé sexuelle, à la vaccination, à la périnatalité et au maintien à domicile.

Dans les années 90, avec la réforme de la santé et des services sociaux issue du rapport Rochon, le DSC de l'Hôpital Sainte-Croix a été complètement démantelé. Les volets de la santé au travail et de la santé publique ont été transférés vers le CLSC Drummond alors que le reste du personnel a été transféré vers la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région 04.

1.3 Le Centre de services sociaux Centre-du-Québec (CSS-CQ)

De 1972 au milieu des années 80, l'ensemble des services sociaux de la région était regroupé à l'intérieur du CSS-CQ. Ainsi, le personnel des services sociaux de première ligne, tels les travailleurs sociaux et les psychologues, côtoyait celui des services sociaux spécialisés tels que la protection de la jeunesse, la délinguance, l'adoption et l'immigration.

Lorsque les CLSC de la région ont été créés, à l'instar des services de première ligne dispensés par les DSC, le personnel du CSS-CQ œuvrant aux services sociaux de première ligne a été transféré vers les nouvelles entités. De plus, de la même façon que la réforme des années 90 a sonné le glas du DSC Sainte-Croix, ce qui restait du CSS-CQ a été désintégré en divers services sociaux spécialisés tels que les centres jeunesse et les services à l'immigration.

- Dès sa formation, le DSC avait intégré les services offerts par la Corporation des soins à domicile inc., fondée en 1968.
- ASHD, Fonds Hôpital Sainte-Croix, Rapport annuel du département de santé communautaire, 1982-1983.

Un territoire à desservir : la MRC de Drummond

Les CLSC sont des établissements locaux, enracinés dans leur communauté, et les programmes développés par chacun d'eux découlent des besoins spécifiques de la population qu'ils desservent, ce qui singularise leur offre de service. C'est dans cette optique de spécificité régionale qu'une définition brève du territoire de la MRC de Drummond s'est imposée.

Le territoire du CLSC Drummond correspond précisément au découpage géographique de la MRC de Drummond. Faisant partie de la région administrative du Centre-du-Québec, la MRC profite d'une localisation géographique stratégique sur le plan national.



lingthing and d

2.1 La MRC d'alors...

En 1981, la population devant être desservie par le futur CLSC se chiffrait à 73 140 personnes (36 385 hommes et 36 755 femmes), réparties dans 25 municipalités qui occupaient une superficie de 1 626,48 km². Ce bassin de population faisait en sorte que le CLSC Drummond devenait le plus important des 12 CLSC de la région 04: « De 1971 à 1981, la population du CLSC de Drummond a connu un accroissement de 8,1 % [,] soit un des taux les plus élevés de la région¹⁶.» Drummondville et les agglomérations immédiates de cette zone, soit Grantham-Ouest, Wendover et Simpson, Saint-Majoriquede-Grantham et Saint-Germain-de-Grantham, totalisaient alors 66% des citoyens de la MRC; Saint-Nicéphore, Wickham, L'Avenir, Durham-Sud, Lefebvre et Ulverton en représentaient 15 %; le nord-est de la rivière Saint-François, incluant Wendover et Simpson, Saint-Cyrille-de-Wendover, Notre-Dame-du-Bon-Conseil, Sainte-Brigitte-des-Saults, Saint-Joachim-de-Courval, Saint-Lucien et Kingsey en regroupaient 12%; enfin, le secteur comprenant Saint-Pie-de-Guire, Saint-Guillaume, Saint-Bonaventure, Saint-Edmond-de-Grantham et Saint-Eugène constituait le dernier 7 % ¹⁷. Près de la moitié de ces municipalités comptaient moins de 1 000 habitants et 23 d'entre elles en dénombraient moins de 5 000.

Un CLSC doit se préoccuper de certaines caractéristiques avant d'établir sa programmation. Au tournant des années 80, un examen rapide de la situation démographique de la MRC de Drummond montrait que le CLSC desservirait une population relativement jeune, que Drummondville semblait attirer davantage les femmes âgées et les jeunes de 20 à 24 ans, et que la ville se dépeuplait au profit des villages avoisinants¹⁸.

Plus spécifiquement, le CLSC Drummond a dû tenir compte de ce qui suit :

- quelque 13 % des résidents de la MRC vivaient dans une structure de famille monoparentale;
- les personnes vivant seules représentaient la majorité des familles à faible revenu;
- environ 30 % des adultes n'avaient pas atteint une 9e année:
- plus du tiers des travailleurs œuvraient dans le secteur manufacturier et pouvaient donc être touchés par des problèmes psychosociaux ou de santé au travail, par exemple;
- en moyenne, 17 % des familles étaient à faible revenu, certaines municipalités étant plus frappées que d'autres (ex.: à Saint-Lucien, 34 % des familles vivaient sous le seuil de la pauvreté);
- le chômage était très élevé dans Drummond, plus particulièrement chez les femmes;
- quelque 70 % des personnes âgées de 65 ans et plus consommaient régulièrement des médicaments prescrits;
- plus de 80 % des personnes âgées ne connaissaient pas les ressources pouvant leur venir en aide dans la région;
- chaque année, 54% des décès de la population de Drummond étaient dus aux maladies de l'appareil circulatoire (infarctus, accidents vasculaires cérébraux, thromboses, etc.)¹⁹.

- 16. Pierre LEVASSEUR, « Le CLSC de Drummond : le premier de la région 04 en ce qui a trait à l'importance de la population. », *La Parole*.
- 17. CLSC Drummond. *Le rapport annuel* 1986-1987, Drummondville, 31 mars 1987, p. 5.
- 18. Pierre LEVASSEUR, op.cit.
- 19. Pierre LEVASSEUR, *Pourquoi un CLSC dans Drummond?*, série d'articles intitulée

 « Un CLSC chez nous », *La Parole*,

 18 décembre 1984.

20. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DRUMMOND, Centre de santé et de services sociaux Drummond : + Engagés dans votre mieux-être, [En ligne], 29 avril 2010, [http://www.csssdrummond.qc.ca] (site consulté le 16 avril 2010).

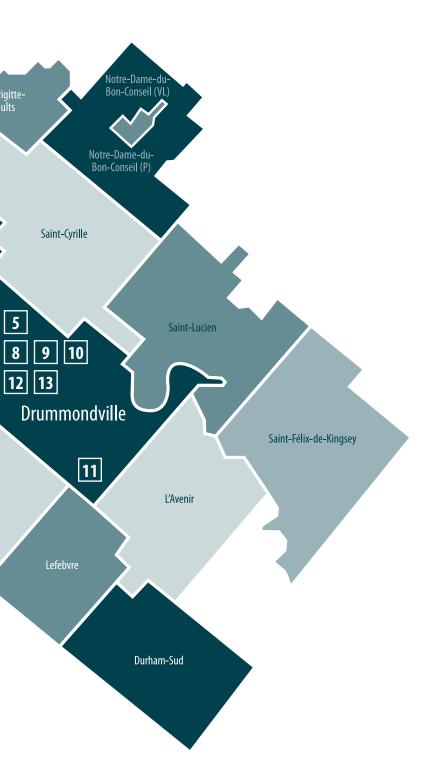
La programmation des différents CLSC ne varie pas seulement en fonction de leur spécificité sociodémographique, mais aussi selon le contexte politique et économique. Depuis 1985, plusieurs événements marquants ont amené le CLSC Drummond à développer, à modifier ou à bonifier son offre de service. La réforme du système de santé et des services sociaux, la récession économique et le vieillissement de la population en sont des exemples concrets.

2.2 Et d'aujourd'hui...

Forte de son succès économique des dernières années, la MRC de Drummond a vu accroître sa population de 5,1 % entre 2001 et 2007, alors que les prévisions démographiques prédisent une croissance similaire jusqu'en 2016. Sur son site Web, le CSSS souligne cette progression continue: «Stratégiquement postée au cœur de la MRC de Drummond, à l'intersection de grands axes routiers, Drummondville est un pôle industriel majeur au Québec et une ville d'initiatives heureuses, aussi bien en affaires, en culture, en loisir qu'en tourisme. La ville connaît[,] depuis une quinzaine d'années[,] un important développement économique et social. Plusieurs PME de différents secteurs d'activité sont venues s'établir dans la région[,] créant ainsi de nombreux emplois²⁰. » Initialement composée de 25 municipalités, la MRC de Drummond en dénombre maintenant 18 en raison des divers regroupements. La plus récente fusion s'est d'ailleurs effectuée dans le cadre des réorganisations municipales québécoises de 2004 et a touché Drummondville, Saint-Charles-de-Drummond, Saint-Joachim-de-Courval et Saint-Nicéphore. Le dernier recensement établit le total des résidents de la MRC à 97 331.







,					
۵	a	Δ	n	h	Δ
_	u	т		u	

URGENCE	1	Majeure		
UKGENCE	2	Centre de santé et de services sociaux Drummond		
	3	Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec		
	4	Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec		
ÉTABLISSEMENTS À VOCATION RÉGIONALE	5	Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec		
	6	Centre de réadaptation InterVal		
	7	Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec		
	8	GMF Centre médical AJC		
	9	GMF Centre de santé		
GROUPE De Médecine De Famille (GMF)	10	GMF Centre médical Saint-François		
DE FAMILLE (GMF)	11	GMF Clinique médicale de Saint-Nicéphore		
	12	GMF Centre médical Drummond		
SERVICE Ambulancier	13			

Novembre 2007

Source données de population : Institut de la statistique du Québec

Perspectives démographiques selon le district de CLSC, 2001-2026, édition 2003

Pour l'implantation d'un CLSC à Drummondville

3.1 L'union du médical et du social : la naissance des CLSC au Québec

Au Québec, la création de centres publics offrant des soins de santé de première ligne résulte à la fois d'initiatives populaires et d'une volonté politique de réorganisation des soins de santé et des services sociaux. Ces centres se destinent donc à «[...] répondre à la fois aux inquiétudes technocratiques devant la croissance rapide des coûts des services hospitaliers,



M^{mes} Pierrette Beaudet-Janelle, Marthe Giroux et D^r Serge Danneault au local du département de santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Croix, en 1985

Vingleing and de

aux désirs de réforme des pratiques professionnelles médicales et sociales ainsi qu'aux pressions populaires demandant plus d'accessibilité, de contrôles démocratiques et d'approche globale dans les nouveaux services [...]²¹.»

L'idée de créer des centres locaux de services communautaires, mieux connus sous le sigle CLSC, provient entre autres de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Les commissaires ont en effet été très impressionnés par les résultats d'expériences similaires menées dans d'autres pays, dont la France, la Grande-Bretagne, la Suède et la Tchécoslovaquie, ainsi que dans certains états américains comme la Californie et New York. Impressionnée par son étude de cas, la commission a déposé, en 1970, un rapport recommandant l'implantation de centres locaux de santé qui réunissent sous un même toit les services sociaux et les soins de santé. À la lumière de ces informations, le gouvernement a formé le ministère des Affaires sociales, qui s'est tout d'abord activé à la réorganisation de ces services. Le tout a abouti à l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en décembre 1971.

L'orientation qu'ont dû prendre les CLSC a été clairement définie dans un premier document ministériel datant de 1972, lequel mena à la création de 70 établissements à travers la province entre 1972 et 1975. À cette époque, le sous-ministre Jacques Brunet avait bon espoir que les CLSC pourraient répondre à près de 80% de la demande de services dans leur territoire respectif. Il prédisait d'ailleurs qu'ils constitueraient le premier point de contact des individus avec les services de santé et les services sociaux, devenant la principale porte d'entrée du réseau public des affaires sociales. Pour atteindre ces objectifs, quelques recommandations techniques se sont

ajoutées: « Pour réaliser les objectifs de services personnalisés et de participation de la population, ils [les CLSC] doivent être de taille relativement modeste pouvant desservir des bassins de population d'environ dix mille personnes en milieu rural et trente mille en milieu urbain, ce qui devait porter le nombre à deux cents unités, une fois le réseau complété [...]²².»

Dès le départ, un besoin de concertation interrégionale a animé les établissements nouvellement créés. En mai 1975, 16 CLSC se sont alliés afin de mieux promouvoir et défendre leurs intérêts, tout en s'imposant comme partenaires majeurs au sein du réseau des affaires sociales: «[...] [À] l'image d'autres organisations sanitaires du pays comme les hôpitaux, les CLSC se sont dotés rapidement d'une représentation nationale: la Fédération des CLSC (FCLSC). Celle-ci tiendra un rôle important de groupe de pression à l'externe[,] mais aussi d'arbitre à l'interne entre les différents courants de pensée et groupes de professionnels qui ont marqué la naissance et le développement des CLSC²³.»

Pendant la deuxième moitié des années 70, un premier ralentissement a marqué le processus d'implantation des nouveaux CLSC, le gouvernement alléguant des difficultés budgétaires. De ce fait, seulement 15 établissements ont été fondés au cours de ces cinq années, principalement durant l'année financière 1976-1977. Alors que 85 CLSC avaient été créés, un cadre de partage des responsabilités a été élaboré par le ministère des Affaires sociales dans le but de clarifier la distinction entre les services sociaux courants et les services spécialisés: « Après bien des débats et des divergences de vues entre les praticiens des services sociaux et les administrateurs du MAS, des CSS [centres de services sociaux] et des CLSC, un partage est enfin établi: tous les services sociaux

- 21. Gilles BEAUCHAMP, Les Centres locaux de services communautaires : institutions de la société civile ?, [En ligne], 31 décembre 2004, [http://www.gillesenvrac.ca/carnet/stories/2002/02/13/uneHistoireDeClsc.html] (page consultée le 4 mai 2010).
- 22. Benoît GAUMER et Georges DESROSIERS, «L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 10, n° 1, 2004, p. 54.
- 23. Ibid., p. 53.

24. Ibid., p. 25 et 32.

 Conférence de presse, annonce du partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux, Camille Laurin, ministre des Affaires sociales, Montréal, lundi 11 juin 1984.

26. Gilles BEAUCHAMP, op. cit.

27. Benoît GAUMER et Georges DESROSIERS, *op.cit.*, p. 58.

dits de première ligne ou courants seront transférés par étapes vers les CLSC [...]²⁴.» Entre 1983 et 1984, une partie des effectifs des CSS a donc été transférée aux CLSC afin que les deux établissements remplissent des missions complémentaires. Les CLSC devenaient désormais responsables de la majorité des interventions auprès des enfants, des familles et des personnes âgées, en plus d'assurer les services sociaux requis dans les écoles primaires et secondaires du Québec. Les CSS, quant à eux, répondaient aux problématiques lourdes et complexes, gérées plus efficacement au plan régional²⁵.

Rythme d'implantation des CLSC 1972-1990						
Année budgétaire	Nouveaux CLSC	Nombre total				
1972-1973	33	33				
1973-1974	32	65				
1974-1975	5	70				
1975-1976	aucun	70				
1976-1977	15	85				
1977-1978	aucun	85				
1978-1979	aucun	85				
1979-1980	aucun	85				
1980-1981	16	101				
1981-1982	6	107				
1982-1983	2	109				
1983-1984	15	124				
1984-1985	13	137				
1985-1986	17	154				
1986-1987	aucun	154				
1987-1988	4	158				
1988-1989	2	160				

Source: (J.-P. Bélanger, 1992, p. 35) d'après: État de situation des CLSC et des centres de santé, données au 31 mars 1991, MSSS, novembre 1991.

Cette première génération d'établissements (1972-1980) émanait d'un processus de consultations publiques et de pressions menées par les communautés: «Pendant que la première génération des CLSC expérimentait un développement tout [sic] azimuts riche des mouvements sociaux actifs dans les quartiers et territoires où ils furent d'abord implantés, certains services jugés prioritaires ou essentiels [...] étaient développés à partir de structures régionales (les DSC [départements de santé communautaire]) en attendant que les CLSC se développent sur tous les territoires²⁶.»

En 1981, le ministère des Affaires sociales a officialisé son intention de couvrir l'ensemble du territoire du Ouébec avec un système public de première ligne en matière de santé et de services sociaux. L'année financière 1980-1981 a donc été marquée par l'ouverture de 16 nouveaux établissements. Puis, le rythme a de nouveau ralenti au cours des deux années suivantes, pour connaître une autre accélération en 1983-1984. À partir de ce moment, aucun obstacle ne semblait pouvoir entraver le parachèvement du réseau, qui s'est étendu sur tout le territoire du Ouébec²⁷. Si les CLSC de la première génération ont été conçus suivant un certain nombre d'essais et d'erreurs, ceux de la deuxième génération ont dû se plier à un modèle organisationnel. Ils ont ainsi négligé l'étape de la définition de leur mission et de leur programmation pour se constituer uniquement à partir des besoins de base identifiés par leurs prédécesseurs ainsi que par le transfert des ressources et des programmes des DSC.

Vingling and dela

Au cours de son histoire, le réseau des CLSC a été maintes fois critiqué, négocié, évalué et réévalué. Ces multiples débats ont considérablement freiné sa courbe de croissance. De ce fait, même si l'implantation des CLSC a débuté dans les années 70, ce n'est qu'en 1989 que le dernier CLSC a vu le jour : «[...] [L]es CLSC demeurent au cœur des réformes successives qui agitent le système de santé et des services sociaux depuis plus de trente ans. [...] [L]e développement des CLSC s'est effectué en dents de scie, marqué par des remises en question périodiques. [...] Malgré ces nombreuses difficultés, plus de trois mille professionnels de tous les secteurs rejoindront les rangs des CLSC et des centres de santé²⁸.»

Jugés marginaux au début des années 70 par les acteurs du milieu, les CLSC ont su s'intégrer dans le système de santé et de services sociaux pour finalement devenir un partenaire majeur du réseau ainsi que le représentant des services de première ligne en matière de santé :

«Ce qui apparaissait comme une originalité dans le paysage institutionnel québécois il y a 25 ans, et qui se justifiait à partir de principes de développement social et de santé publique novateurs, a depuis lors fait école : agir en relation avec les milieux, inscrire l'intervention publique dans des processus locaux de développement décentralisé, favoriser l'empowerment des communautés locales... Ces principes sont aujourd'hui reconnus comme essentiels par les organisations internationales de développement (OMS). Ces mêmes principes, ou encore des interprétations de ceux-ci, sont aujourd'hui mis en œuvre dans d'autres secteurs : création des CLD (centres locaux de développement), mise en place de « comités d'établissement » avec plus de pouvoir dans les écoles²9... »

3.2 La création d'un CLSC à Drummondville, le processus

Il faut savoir allier
au pessimisme de l'intelligence
l'optimisme de la volonté.

— ROMAIN ROLLAND, ÉCRIVAIN FRANÇAIS

Pour chacune des MRC du Québec, la fondation d'un CLSC sur ses terres s'est développée de façon singulière, influencée à la fois par le contexte politique, par les ressources humaines et matérielles du milieu ainsi que par les besoins socioéconomiques. Donc, les parcours de création des différents CLSC sont aussi nombreux et variés que les MRC qui les ont réalisés. Pour sa part, le comité drummondvillois a opté pour le processus d'implantation traditionnel élaboré par le Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Trois-Rivières (CRSSS-04). De cette façon, le CLSC Drummond a vu le jour grâce à des démarches s'échelonnant sur moins de deux ans.

28. Ibid., p. 63-64.

29. Gilles BEAUCHAMP, op. cit.

Principales étapes du processus de promotion et d'implantation d'un CLSC :

- 1. promotion du CLSC par le comité de promotion;
- 2. confirmation, par le ministère des Affaires sociales, du mandat de coordination d'implantation du CLSC par le CRSSS;
- 3. formation du comité aviseur et réalisation de son mandat;
- 4. réception des lettres patentes du CLSC et formation du conseil d'administration;
- 5. processus de recrutement et de sélection du directeur général;
- 6. préparation du plan d'organisation et de la programmation;
- 7. négociation et transfert des effectifs du DSC et du CSS vers le CLSC.

Note: Le processus d'implantation d'un CLSC peut s'échelonner sur deux à trois ans. Source: CRSSS-04. Guide à l'intention des comités de promotion des CLSC, Trois-Rivières, mai 1984, p. 6.1.

 COMITÉTECHNIQUE, Extrait du compte-rendu de la réunion [: compte rendu], salle de conférence du Pavillon d'Youville de l'Hôpital Sainte-Croix, 24 janvier 1984, à 10 h, p. 2.

3.2.1 Les premiers pas

Répondant au désir du CRSSS-04 de voir se créer une mobilisation dans la MRC de Drummond pour l'implantation d'un CLSC, les représentants du réseau des affaires sociales (les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres hospitaliers (CH), les centres de services sociaux (CSS) et les centres d'accueil (CA)) ont fondé une Table de concertation des établissements de la sous-région de Drummondville en janvier 1984.

Lors de leur première rencontre, les membres de la table de concertation ont fait le point sur leurs raisons d'être, à savoir: «[...] favoriser la concertation entre les institutions pour l'organisation et la distribution des services; traiter des dossiers de préoccupation commune; être le porte-parole de la sousrégion auprès du CRSSS et de ses commissions; regrouper au sein de la table de concertation sous-régionale certains comités (conjoints et autres) qui existent déjà³0. » Ils ont ensuite nommé les délégués pour siéger au comité technique, qui a reçu le mandat de préparer un document clarifiant l'implication de la table, de même que les besoins de ses organismes et de leur clientèle en matière de santé et de services sociaux.

Le comité technique, composé de M. Jacques Désilets (directeur général de la Maison Notre-Dame-du-Bon-Conseil), de M. Michel Houde (directeur général de Les Pavillons Laforest inc.), du D^r Simon Rousseau (directeur des services professionnels et du DSC de l'Hôpital Sainte-Croix) et de M. Louis Salois (directeur du CSS-CQ), a rédigé un rapport qu'il a ensuite déposé à la table le 2 mars 1984. Le document comprenait quatre volets, soit le plan de programmation, la liste des programmes suggérés, l'hypothèse organisationnelle pour un CLSC autonome ainsi que quelques recommandations relatives à l'implantation.

Les membres du comité ont cru, dès le début, que la présence d'un CLSC dans la MRC de Drummond était essentielle afin de compléter l'offre de service régionale en santé et services sociaux, pour susciter l'injection de « ressources financières supplémentaires importantes », en plus d'animer et de soutenir les différents groupes communautaires déjà en

Vingthing and delp

place. Lors de la première rencontre du comité de promotion, organisée par le D' Rousseau, ce dernier a tenu à rappeler quelques faits: «[...] [L]a région de Drummondville fait partie des quelque 50 CLSC qu'il reste à implanter pour compléter le réseau de 160 que le MAS [ministère des Affaires sociales] et les CRSSS veulent voir finaliser [sic] pour 1986. Il souligne que l'on doit prendre pour acquis [sic] que c'est la volonté de la population de se doter d'un CLSC. Il est donc essentiel de mettre en commun le plus rapidement possible et d'entreprendre les démarches requises pour l'implantation d'un tel centre dans le milieu³¹.»

Le CLSC projeté pour Drummondville comporterait donc trois volets: social (transfert de certains services du CSS), de santé (transfert des programmes de base du DSC) et communautaire (ressources à développer). Dans le rapport, le comité a précisé les principaux programmes à transférer ou à développer pour le futur CLSC, soit la périnatalité, le 0-5 ans, la santé scolaire, la santé dentaire, les maladies infectieuses, le planning familial, la santé au travail, la présence de médecins, les services sociaux (aide à domicile, consultation conjugale, personnes âgées) et d'aide à la famille (aux adultes, l'accueil et les travailleurs sociaux en milieu scolaire) ainsi que l'action communautaire (animateurs communautaires) et le soutien administratif (direction générale, adjoint administratif et secrétariat).

Le comité technique a finalement recommandé la création d'un comité de promotion à court terme pour qu'il révise et effectue le mandat de promotion. Le 11 avril 1984, la table de concertation a approuvé le rapport du comité technique et l'a déposé à la CRSSS-04, qui leur a ensuite donné l'autorisation de poursuivre les démarches d'implantation d'un CLSC à Drummondville.

3.2.2 Le comité de promotion

Le 13 avril 1984, dans une correspondance concernant la formation d'un comité de promotion, le président de la Table de concertation des établissements de la sous-région de Drummond, D^r Simon Rousseau, a notifié que :

- [...] [S]uite à [sic] une recommandation du CSRSSS-04, j'ai été mandaté afin de convoquer une première réunion du [c]omité de promotion de l'implantation d'un CLSC à Drummondville. Ce comité sera composé des neuf membres suivants:
- [q]uatre membres représentant les établissements;
- [u]n membre représentant la MRC de Drummond;
- [q]uatre membres représentant les groupes populaires pouvant être répartis à peu près comme suit: un représentant des clubs sociaux tels que: Chambre de commerce, Chevaliers de Colomb, Rotary, Richelieu, Optimiste, etc.;
- [u]n représentant venant des organismes suivant : AFÉAS, Âge d'Or, etc.;
- [d]eux représentants des groupes populaires associés³².

- 31. COMITÉ DE PROMOTION, Formation du comité de promotion pour l'implantation d'un CLSC à Drummondville, point 3 : « Bref aperçu de la situation des CLSC au Québec » [: compte rendu], salle 122 du Pavillon d'Youville de l'Hôpital Sainte-Croix, mercredi 18 avril 1984, à 20 h, p. 2.
- 32. Simon ROUSSEAU, *Première réunion du comité de promotion [: lettre]*,
 Drummondville, 13 avril 1984, p. 1.

 AUTEUR INCONNU, « Création d'une Table de concertation des organismes bénévoles et communautaires », L'Express (Drummondville), 19 juin 1984.

Par ailleurs, les groupes communautaires se sont rapidement alarmés de leur manque de représentativité au sein des démarches d'implantation du CLSC dans leur région. Pour remédier à la situation, ils ont fondé la Table de concertation des organismes bénévoles et communautaires afin de mettre sur pied une structure représentative de l'ensemble des organismes communautaires du territoire, et ainsi établir une définition claire de leur implication et de leurs actions dans le futur CLSC. La table a intégré les 12 secteurs du milieu communautaire local: santé mentale, condition féminine, alcoolisme et toxicomanie, jeunesse, habitation, consommation, famille, handicapés physiques, socioéconomie, troisième âge, immigration et handicapés mentaux. Plus de 70 organismes bénévoles et communautaires, comprenant pas moins de 300 personnes, se sont réunis le 8 juin 1984 afin de nommer 14 représentants pour siéger à la table de concertation. Selon les faits rapportés par l'hebdomadaire régional à ce propos, «[...] cette [t]able aura pour mandat de s'assurer que le CLSC répondra aux besoins et [aux] aspirations de la population en tenant compte des avis exprimés par les organismes bénévoles et communautaires de notre milieu. De voir aussi à ce que la philosophie communautaire des CLSC soit respectée lors de l'implantation de celui-ci³³.» Après s'être entendue avec le comité technique à propos d'une éventuelle collaboration, la Table de concertation des organismes bénévoles et communautaires a élu des membres représentatifs pour siéger au comité de promotion et ainsi agir conjointement avec la Table du réseau des affaires sociales.

Cette collaboration entre les deux tables de concertation a permis à M. Raymond Vaillancourt, directeur de la planification et de la programmation au CRSSS-04, de donner l'autorisation de la formation d'un comité de promotion pour l'implantation d'un CLSC dans la MRC de Drummond. Les 8 et 9 août 1984, 15 personnes ont été nommées membres du comité de promotion, dont 9 étaient issues du milieu communautaire: M^{me} Monique Aubry (Association des familles d'accueil (membre)), M. Jean-Guy Bédard (Groupes populaires associés de Drummond (membre)), M. Charles Châteauneuf (Table de concertation d'aide à la jeunesse (membre)), M. Guy Châteauneuf (Le Tremplin (membre)), M^{me} Dominique Chevalier (Maison des femmes et Partance (vice-présidente)), M^{me} Maria Luisa Espejo (Regroupement ethnique Drummond (membre)), M. Michel Houde (Les Pavillons Laforest (membre)), M^{me} Agnès Jean (Été indien (membre)), M^{me} Paula Lambert (AFÉAS (membre)), M. Fernand Leclerc (MRC de Drummond (président)), M. Pierre Levasseur (Département de santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Croix (ressource professionnelle)), M. Yvon Raymond (Chambre de commerce du comté de Drummond et Office municipal d'habitation (membre)), D^r Simon Rousseau (Département de santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Croix (membre)), M. Louis Salois (CSS-CQ (secrétaire)) et M. Marc Savaria (Atelier logement communautaire (membre)). M. Raymond Vaillancourt, du CRSSS-04, agissait en tant que personne-ressource. Le comité de promotion a ainsi été formé sur le même principe que le conseil d'administration d'un CLSC, soit avec des représentants des secteurs institutionnel, municipal et communautaire.

Vingling and del

Le principal mandat du comité de promotion a été de s'assurer que les pressions étaient suffisamment fortes pour amener le ministère des Affaires sociales à entendre la voix de la population drummondvilloise et à satisfaire ses besoins par l'annonce de la création d'un CLSC. Pour ce faire, le comité a dû:

- être représentatif des groupes communautaires et des différentes municipalités composant la MRC;
- recueillir des pétitions ou des lettres d'appui des différents organismes de la région;
- obtenir l'appui politique des conseillers municipaux;
- faire connaître sa mission et ses objectifs auprès de la population;
- informer le député de toutes les actions entreprises;
- s'assurer que le ministère des Affaires sociales et ses collaborateurs étaient sensibilisés aux besoins de la population relativement au futur CLSC;
- sensibiliser, informer et obtenir l'appui du CRSSS de sa région³⁴.

Les actions se sont multipliées à l'automne 1984, après que certains membres du comité de promotion ont décrié l'extrême lenteur du processus d'implantation. Ainsi, le 7 septembre, une résolution a été adoptée afin d'adresser une demande officielle au ministère des Affaires sociales, au CRSSS-04 et au député du comté, M. le ministre Michel Clair, pour avoir l'autorisation d'implanter un CLSC dans la région de Drummond dans les plus brefs délais³⁵. Il a tout de même fallu attendre le 24 mai 1985 pour que le ministère des Affaires

sociales officialise l'établissement d'un CLSC à Drummondville. Son objectif atteint, le comité de promotion s'est dissous à la suite de cette annonce.

3.2.3 Le comité aviseur

Dans une lettre adressée au comité de promotion datant du 3 juin 1985, le CRSSS-04 explique les procédures à suivre pour former le comité aviseur : «Le comité aviseur à l'implantation d'un CLSC est formé sur le modèle d'un conseil d'administration d'un CLSC[,] tel que défini à l'article 78 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. [...] Le [c]omité aviseur a été mis sur pied après consultation du [c]omité de promotion. Pour le CRSSS-04, le [c]omité aviseur est donc le porte-parole officiel du milieu jusqu'à la formation du [c]onseil d'administration provisoire du futur CLSC³⁶.»

Tout d'abord, on a officialisé la liste des membres du comité exécutif, précisant du coup le mandat de chacun: M. Fernand Leclerc (président), M. Louis Salois (vice-président), M. Michel Houde (membre), M. Guy Châteauneuf (membre), M. Jean-Guy Bédard (secrétaire), D^r Simon Rousseau (membre), M^{me} Paula Lambert (membre) et M. Yvon Raymond (membre). La première réunion du comité aviseur a eu lieu le 10 juin 1985 et les huit membres du comité se sont rapidement affairés à réaliser leur mandat: envoyer la demande d'incorporation, statuer sur la localisation du siège social du CLSC (édifice Surprenant, situé au 400, rue Saint-Georges, à Drummondville) et sur son nom (qui est légalement devenu «CLSC Drummond»).

- 34. Pierre LEVASSEUR, « Recette(s) pour obtenir un CLSC », *La Parole*, 18 décembre 1984.
- COMITÉ DE PROMOTION, Compte rendu de réunion du comité exécutif, salle de conférence du Département de santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Croix, 10 septembre 1984, p. 2.
- Jean-Yves DESSUREAULT, Formation et mandat du Comité aviseur, territoire de Drummondville [: lettre du CRSSS-04 à l'attention du comité de promotion], Trois-Rivières, 3 juin 1985, p. 1.

On reconnaît M. Gaétan Mercure (à droite), lors de sa nomination au poste de coordonnateur général du CLSC Drummond, accompagné de M. Fernand Leclerc, président du conseil aviseur (au centre), ainsi que de M. Michel Clair, député de Drummond et président du Conseil du trésor du Québec (à gauche).

À la suite de la décentralisation des ressources psychosociales dans chacun des territoires de CLSC, recommandée en décembre 1983 par le MAS, le CRSSS-04 a créé des « équipes de secteurs » dans les MRC non encore desservies par un CLSC:

«Les buts visés [sic] sont de permettre à la population de ces bassins d'avoir accès dès maintenant à des services de première ligne en santé et services sociaux, de mettre en place la structure de base d'un CLSC à partir des ressources identifiées dans les plans de transfert et[,] enfin, de fournir un module d'accueil aux ressources humaines reçues du CSS, dans le cadre du partage des responsabilités. Les équipes de secteur peuvent se définir comme des ressources humaines en santé et services sociaux regroupées dans un même lieu physique et offrant des services dans un district de CLSC. Elles devront identifier [sic] les besoins et [les] problématiques sociosanitaires du milieu et déterminer avec le support [sic] des établissements impliqués [,] soit le CSS, le DSC et le CLSC circonvoisin, la programmation requise pour répondre aux besoins identifiés³⁷.»

Le CSS-CQ a annoncé la nouvelle à la population du transfert de certains de ses services et employés vers le nouveau CLSC par voix de communiqué: « À compter du 24 juin 1985, la responsabilité des services sociaux dans notre région est partagée entre deux organismes: la Succursale de Drummond du Centre des [s]ervices sociaux [CSS-CQ] et le Centre local de services communautaires (CLSC) de Drummond³⁸. » À partir de ce moment, le CSS a reçu uniquement les cas de protection de la jeunesse, de délinquance, d'adoption, de retrouvailles et ceux d'expertise à la Cour supérieure. Il a



également pris en charge les personnes âgées et les adultes recommandés par le CLSC. Ce dernier s'est occupé, pour sa part, des services dispensés « dans le milieu naturel » des bénéficiaires, à savoir les écoles, les domiciles, les localités, etc. Il a aussi pris en charge l'accueil, l'évaluation et l'orientation de toutes les demandes d'intervention ou d'information de nature sociale pour toute la population.

Le 5 août 1985, le Conseil du trésor a annoncé l'octroi d'un budget d'implantation pour le CLSC Drummond³⁹. Grâce à cette enveloppe, le dossier a connu une autre grande avancée avec l'embauche de M. Gaétan Mercure à titre de coordonnateur du CLSC.

3.2.4 La concrétisation d'une longue démarche

Le 26 septembre 1985, le gouvernement du Québec a émis les lettres patentes qui instituaient le CLSC Drummond, nommaient le premier conseil d'administration et officialisaient un processus déjà bien entamé. Le 28 octobre suivant, le comité a démarré ses activités en se concentrant sur trois objectifs majeurs: la rédaction des orientations de l'établissement, le recrutement d'un directeur général et l'aménagement de locaux adéquats. Les membres provisoires du conseil d'administration ont siégé deux ou trois ans avant la première élection d'un certain nombre d'entre eux chaque année jusqu'à l'obtention d'un comité entièrement élu.

- CRSSS-04, Les équipes de secteur dans les CLSC non desservis – Objectifs et modalités de réalisation, Trois-Rivières, 28 février 1985, p. 3.
- 38. CSS-CQ Drummond, Dans notre région, le transfert CSS/CLSC est devenu réalité [: communiqué de presse], Drummondville, 20 juin 1985.
- CONSEIL DU TRÉSOR [Cabinet du président], Le CLSC Drummond: la réussite d'une concertation [: communiqué de presse], Drummondville, 5 août 1985.

Kingling and dela

Pendant ce temps, le personnel du CLSC a travaillé à la décentralisation des ressources du centre hospitalier et des budgets du CRSSS-04, à l'élaboration de la programmation fonctionnelle et technique ainsi qu'à la mise en place des conditions administratives pour permettre au CLSC d'assumer ses responsabilités d'établissement. Le coordonnateur général du CLSC, M. Gaétan Mercure (voir encadré) a été engagé pour occuper le poste de directeur général le 19 février 1986 et, le 5 mars suivant, le conseil d'administration a adopté les premières orientations du centre pour les trois premières

années. Le 1^{er} avril, le CLSC Drummond a démarré ses activités, accueillant officiellement les ressources transférées du CSS-CQ et du DSC de l'Hôpital Sainte-Croix.

Adopté le 18 juin 1986, le plan d'organisation a été développé en collaboration avec le personnel en place: «La mise en place du plan d'organisation a nécessité un long apprentissage [...]. Sur le fond, le plan d'organisation que nous avons nous semble toujours le mieux adapté à l'organisation de la distribution de services que nous avons la mission d'offrir. Par contre, certains ajustements pourraient être nécessaires suite à [sic] l'élaboration des nouvelles orientations qu'élaborera le conseil d'administration⁴⁰. » En décembre 1986, on a appliqué le plan d'organisation en confirmant la structure du CLSC et en formant cinq équipes multidisciplinaires, qui ont commencé leurs travaux en janvier 1987. Elles ont reçu le mandat d'élaborer des services spécifiques aux populations

40. Gaétan MERCURE, *La naissance d'un établissement* [...], p. 2.

M. Joaquin Bastida, M. Jean-Yves Dessureault, M^{me} Thérèse Marion, M. Gaétan Mercure et M. Michel Houde, à une séance publique d'information du Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région 04, le 12 juin 1986.



M. Gaétan Mercure

Originaire de Drummondville, M. Mercure détient un baccalauréat en administration et une scolarité en gestion de projet. Il travaille dans le réseau de la santé et des services sociaux à partir de 1968, occupant entre autres le poste de directeur général du CLSC de la Haute-Yamaska. Il entre tout d'abord

en fonction au CLSC Drummond à titre de coordonnateur général à l'implantation du CLSC en août 1985 et est nommé directeur général de l'établissement le 19 février 1986. (Archives du CSSS Drummond)



M. Jean-Guy Bédard, premier président du conseil d'administration du CLSC.



cibles (en santé maternelle et infantile, aux enfants et à leurs parents, aux adultes ainsi qu'aux personnes âgées) à partir d'une perspective globale.

Dans un cahier spécial sur les orientations des trois premières années d'existence du CLSC (1986-1989), le président du conseil d'administration, M. Bédard, et le directeur général, M. Mercure, ont poursuivi les démarches de sensibilisation auprès de la population drummondvilloise.



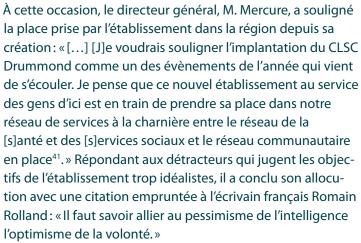
Le 7 août 1986, l'équipe du CLSC Drummond emménage dans les locaux du Carrefour Saint-Jean, à l'angle du boulevard Saint-Joseph et de la rue Saint-Jean. De g. à d., M^{mes} Ginette Vallée, Suzanne Chassé et M. Bernard Guillemette



L'inauguration officielle du CLSC Drummond a eu lieu le 28 novembre 1986. Cette cérémonie a marqué une étape importante dans sa courte histoire. Le député à l'Assemblée nationale, M. Jean-Guy Saint-Roch, et le président du conseil d'administration, M. Jean-Guy Bédard, y ont dévoilé une plaque commémorative sur laquelle sont inscrits les noms des membres du premier conseil d'administration: M. Jean-Guy Bédard (président), M^{me} France Beaudoin (vice-présidente), M. Daniel Dore (secrétaire), M^{me} Mariette St-Laurent (administratrice), M. Michel Houde (administrateur), D^r Simon Rousseau (administrateur), M. Gaétan Mercure (directeur général), M^{me} Paula Lambert-Provencher (administratrice), M. Guy Châteauneuf (administrateur), M. Yvon Raymond (administrateur) et M. Louis Salois (administrateur).









Le député à l'Assemblée nationale, M. Jean-Guy Saint-Roch, et le président du conseil d'administration du CLSC Drummond, M. Jean-Guy Bédard, dévoilent la plaque commémorative de l'inauguration officielle de l'établissement, le 28 novembre 1986.

3.3 Le positionnement du CLSC au sein du système de santé drummondvillois

3.3.1 (Re)définir brièvement les CLSC

Les CLSC font partie intégrante du réseau des affaires sociales et sont institués par des lettres patentes. Autonomes, ils jouissent d'une indépendance totale par rapport aux hôpitaux et aux centres de services sociaux : « Les CLSC sont des établissements publics répartis sur l'ensemble du territoire, intégrant soins médicaux curatifs et préventifs, services sociaux individuels et action communautaire⁴². » En fait, ils incarnent la porte d'entrée du réseau complexe des affaires sociales. S'ils ne remplacent pas l'hôpital, le centre de services sociaux (CSS), le département de santé communautaire (DSC) ni les

^{41.} Gaétan MERCURE, Inauguration officielle du CLSC Drummond [Discours], Drummondville, 28 novembre 1986.

^{42.} Georges DESROSIERS, «Le système de santé au Québec, bilan historique et perspective d'avenir », Revue d'histoire de l'Amérique française, vol. 53, n° 1, 1999, p. 13-14.





organismes communautaires déjà en place sur leur territoire, ils complètent plutôt l'offre de service, en complémentarité avec ces établissements et organismes.

L'équipe multidisciplinaire qu'ils engagent comprend entre autres des médecins, des infirmiers, des nutritionnistes, des travailleurs sociaux, des organisateurs communautaires et des psychologues qui répondent aux besoins de la population en leur proposant des « solutions communautaires d'autonomie ». Les CLSC deviennent ainsi le siège de nouvel-

M^{me} Rosaline Paris, auxiliaire familiale, 1986



les pratiques médicales et sociales, où l'accent est mis sur la prévention, le décloisonnement professionnel et la prise en charge par les citoyens de leurs problèmes sociaux et sanitaires, de concert avec les différents intervenants du centre.

DÉFINITIONS SUCCESSIVES DES CLSC

En 1971

Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec [LSSSSQ], chapitre 48

«Une installation autre qu'un cabinet privé de professionnel où l'on assure à la communauté des services de prévention et d'action sanitaires et sociales, notamment en recevant ou [en] visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodiguant de tels services, en les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide et où l'on réalise des activités de santé publique, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique.»

En 1981

Un parachèvement qui s'impose, Denis Lazure, MAS

« Desservant un territoire bien délimité, le district, le CLSC vise, par une approche globale, multidisciplinaire et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté; il vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention qui s'adressent à la communauté.»

Vingthing and delp

Le ministre Camille Laurin a synthétisé cette idée lors d'une conférence sur le partage des ressources entre les CSS et les CLSC: « Ainsi, le défi posé aux CLSC commandera qu'ils répondent aux besoins courants à satisfaire tout en demeurant

En 1991

Loi sur l'organisation des services de santé et des services sociaux ou chapitre 42

«La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne à la population qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive et curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.»

Source : Benoît GAUMER et Georges DESROSIERS, « L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'întérieur du Système », *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, vol. 10, n° 1, 2004, p. 67.

agents de développement de pratiques novatrices, préventives et communautaires⁴³.»

3.3.2 La mission et les valeurs

Lors de l'implantation du CLSC à Drummondville, en 1984, la mission des CLSC véhiculée par le Conseil régional de santé et de services sociaux de la région de Trois-Rivières (CRSSS-04) se définissait comme suit:

Desservant un territoire précis (district)[,] le CLSC vise, par une approche globale, multidisciplinaire et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté; il vise également à rendre responsables les individus quant à leur santé, à leur développement personnel ainsi qu'au développement de leur communauté. L'approche globale et communautaire permet au CLSC de se préoccuper des causes réelles des problèmes auxquels fait face la population et ainsi d'établir des programmes (ou des services) de nature préventive⁴⁴.

Conséquence directe du virage ambulatoire, le CLSC Drummond a dû concevoir, au courant des années 90, une stratégie de service après avoir analysé sa situation ainsi que les perceptions et les attentes des clients et du personnel. Ce diagnostic, posé sept ans après son implantation, a nécessité une réécriture de sa mission, une définition de son concept de services ainsi qu'une redéfinition de son domaine de compétences. Lors d'une conférence sur la mise en œuvre de la stratégie de services, le directeur général du CLSC Drummond, M. Gaétan Mercure, a expliqué que: «Le CLSC étant un établissement public, notre mission est déjà déterminée

- Camille LAURIN, Annonce du partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux [conférence], Montréal, 11 juin 1984.
- 44. CRSSS-04, Guide à l'intention des comités de promotion des CLSC, Trois-Rivières, mai 1984, p. 5.3.

 Gaétan MERCURE, Implanter la qualité de service à Drummondville au CLSC Drummond [conférence prononcée à la Conférence internationale de Montréal], Montréal, 5 décembre 1995.

46. Ibid.

47. Ibid.

48. Ibid.

dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Toutefois, cette mission ne statue que sur « ce que l'on a à faire ». Dans le but de servir de référence de base pour toutes les orientations du CLSC, nous avons dû reformuler cette mission en y incluant des dimensions de résultats et des éléments définissant la qualité de relation que le client pourra ressentir dans la transaction avec le CLSC⁴⁵. » En ce sens, la reformulation de la mission reflète les principales valeurs nouvellement identifiées: «Le CLSC Drummond a pour mission d'augmenter la qualité de vie des membres de sa communauté par une amélioration de leur santé et de leur mieux-être en privilégiant l'autonomie, la responsabilisation et la solidarisation [sic]⁴⁶. »

Les buts avoués de cette stratégie de service étaient de clarifier le rôle du CLSC Drummond auprès de la population drummondvilloise et de véhiculer les valeurs de l'établissement, le tout effectué conformément à son mandat légal et en cohérence avec la réforme qui a suivi le virage ambulatoire. Les valeurs d'alors se concentraient autour du respect, de la responsabilisation et de la vision globale de la personne, ainsi que de l'ancrage du CLSC dans sa communauté, comme le spécifie M. Mercure: «Ces valeurs [...] sont fondamentales pour nous. Nous devons briser cette image de froideur et de relation impersonnelle qui colle trop souvent aux organismes publics. Nous ne devrons jamais être cela⁴⁷. » Finalement, l'établissement a rédigé ce qu'il appelle « une promesse à la clientèle », scellant son désir de répondre aux attentes de la population: «Vous accueillir avec chaleur, vous écouter avec attention, évaluer avec compétence, vous expliquer simplement, vous aider efficacement, conclure avec vous et le tout avec respect et dignité⁴⁸.»

LES VALEURS DU CSSS DRUMMOND

En 2010, 25 ans après sa création, les valeurs du CSSS Drummond sont le reflet de son développement logique et continu:

Le respect des personnes

Respecter les personnes, c'est avoir de la considération pour leurs droits et leurs attentes et se sentir concerné par leurs besoins. Nos attitudes et nos comportements doivent être respectueux, comme le prescrivent le Code d'éthique du personnel et la Charte des droits des usagers.

La responsabilisation des personnes

Faire en sorte que les personnes soient responsables, c'est reconnaître leur capacité d'agir sur les causes en vue d'améliorer leurs conditions. Cette considération repose sur la conviction que toute personne peut actualiser, à son rythme et selon ses motivations, son potentiel et ainsi se réaliser pleinement dans ses rôles sociaux.

La vision de la personne dans sa globalité

Avoir une vision globale de la personne, c'est prendre en compte toutes ses dimensions physique, psychique et sociale.

L'ancrage dans la communauté

L'ancrage est l'implantation de l'établissement dans le tissu de la communauté.

La considération de la famille et des proches

La famille et les proches participent activement au continuum de soins et de services et, à cet égard, ils doivent être bien informés et écoutés.

L'ouverture

Être ouvert, c'est faire preuve de souplesse, de flexibilité, d'écoute et de réceptivité dans nos relations interpersonnelles.

La transparence

Nos actions et nos communications doivent en tout temps être empreintes d'authenticité, d'honnêteté et de sincérité.

Source: CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DRUMMOND. *Centre de santé et de services sociaux Drummond:* + Engagés dans votre mieux-être, [En ligne], 29 avril 2010, [http://www.csssdrummond.qc.ca] (site consulté le 16 avril 2010).

lingteing and dela

D'autres seront livrés bientôt

Un premier équipement remis par la Fondation du CLSC Drummond

(RF) La première campagne de financement de la Fondation du CLSC Drummond ayant permis d'amasser 14 114 43 \$, un premier équipement, en l'occurrence un moniteur d'apnée, a été remis lundi au CLSC.

1%

Le président de la Fondation, M. Ghyslain Tremblay, a reconnu qu'il était difficile d'organiser une autre collecte de fonds en pleine récession, en mars dernier. Malgré tout, l'objectif de 14 000 \$ a été franchi.

M. Tremblay a donc annoncé qu'un moniteur d'apnée et trois concentrateurs d'oxygène pourront être acquis dès cette année. Les concentrateurs devraient être disponibles d'ici à un mois, selon ce qu'a estimé la secrétaire de la Fondation, Mme Michelle Perron. De plus, un fonds sera créé pour aider certains bénéficiaires à adapter leur domicile et à vivre chez eux plus long-temps.

Le président a aussi remercié tous ceux et celles qui ont contribué à la campagne de financement et souligné que seulement 1% des sommes recueillies a servi à couvrir les frais administratifs.

La Fondation du CLSC a remis lundi au CLSC un premier équipement à la suite de la campagne de financement des derniers mois. L'équipement en question est un moniteur d'apnée, qui sert à la prévention de la "maladie du berceau". Mme Nathalie Marcotte a expliqué comment elle utilise le moniteur pour la petite Catherine, âgée de 6 mois.

Témoignage

La rencontre de lundi a été clôturée par le témoignage de Mme Nathalie Marcotte, dont Catherine, son enfant âgée de six mois, requiert les services du moniteur d'apnée. Il s'agit, rappelons-le, d'un appareil servant à prévenir la "maladie du berceau", c'est-à-dire l'arrêt de la respiration chez les enfants en bas âge.

Pour sa part, le président du conseil d'administration du CLSC Drummond, M. Denis Boily, a remercié la Fondation pour son apport. Il a mentionné que le CLSC a attaché, dès ses débuts, beaucoup d'importance aux services aux enfants et à leurs parents. Il a donc retenu l'aspect symbolique du don du moniteur d'apnée comme premier geste.





Membres du conseil d'administration de la Fondation du CLSC Drummond en 1997; de g. à d., (nom inconnu), M. Mario Parent, M. Ghyslain Tremblay, M^{me} Michèle Perron, M^{me} Lise Bernard, M^{me} Claudette Labonté et M. Hugues Campagna

La Fondation du CLSC Drummond

Créée en 1990, la Fondation du CLSC Drummond a poursuivi deux objectifs tout au long de son existence. D'une part, elle a permis à des personnes en perte d'autonomie de demeurer à leur domicile plus longtemps en mettant à leur disposition des équipements spécialisés et, d'autre part, elle a financé le programme OLO qui fournit aux femmes enceintes de milieux défavorisés les produits alimentaires de base nécessaires au bon développement des fœtus. En 2006, à la suite de la fusion des institutions de santé drummondvilloise, la Fondation du CLSC Drummond a fusionné avec la Fondation Frederick-Georges-Heriot. L'année suivante, la Fondation Frederick-Georges-Heriot a fusionné avec la Fondation Sainte-Croix pour devenir la Fondation Sainte-Croix / Heriot.

Le développement des services

Le développement des services au CLSC a été rythmé par trois événements majeurs. D'abord, il y a eu la fondation et l'implantation des premiers services. Ensuite, à travers le virage ambulatoire et le processus d'amélioration continue, la réforme du réseau sociosanitaire entreprise dans les années 90 a donné l'occasion de revoir l'ensemble des services offerts. Enfin, la fusion institutionnelle de 2004 a enclenché un processus à travers lequel les services de première ligne offerts au CLSC ont été intégrés dans un cadre administratif commun aux services spécialisés offerts à l'hôpital.



Kingleing and

4.1 Les premiers services offerts

Durant les huit premières années d'existence du CLSC, les services généraux étaient organisés selon trois modules : le module santé communautaire, le module sociocommunautaire et le module de soutien à domicile. De plus, à partir de 1988, un module de médecine générale s'est organisé avec l'arrivée d'un second médecin⁴⁹.

Au module de santé communautaire, on retrouvait les services de dépistage des maladies infectieuses, de vaccination, de clinique du voyageur, de santé dentaire et, à partir de 1987, le service téléphonique Info-Santé. À ce chapitre, il faut souligner que le CLSC Drummond avait été l'un des premiers à mettre de l'avant ce projet pilote⁵⁰.

En ce qui a trait au module sociocommunautaire, les services comprenaient le support parental, l'aide conjugale, le support individuel aux jeunes, aux adultes, aux personnes âgées, les services aux personnes handicapées et le dépannage. Ces services étaient dispensés par des intervenants sociaux qui œuvraient en CLSC, en milieu scolaire et, dans certains cas, à domicile. Une des particularités de ces services était leur forme d'accessibilité. En effet, dès l'ouverture du CLSC, en plus de la prise de rendez-vous, ils étaient accessibles sans rendez-vous à l'intérieur des heures d'ouverture⁵¹.

Le module de soutien à domicile regroupait les services d'aide générale, de soins de santé de base, d'ergothérapie, de physiothérapie et de prélèvements pour analyse en laboratoire. Ces services étaient offerts essentiellement aux personnes âgées, mais aussi aux malades chroniques, aux malades en phase terminale, aux handicapés et aux malades posthospitalisés souffrant d'un problème de santé aigu⁵².

Le développement des services en médecine générale a toujours été tributaire des ressources humaines disponibles. Puisque le recrutement des médecins s'est avéré difficile et inégal à travers les années, la priorité a d'abord été mise sur le traitement des maladies transmises sexuellement (MTS) et la médecine familiale dans les points de service de Notre-Damedu-Bon-Conseil et de Wickham, qui ont respectivement été inaugurés en 1988 et 1989.

Parallèlement au développement des services de base, les premières années du CLSC ont vu naître des services spécifiques destinés à des types de clientèles ciblés. Ces services étaient offerts en groupe, sous forme d'ateliers ou de rencontres d'informations et ils étaient dispensés par cinq équipes multidisciplinaires qui œuvraient respectivement auprès des personnes âgées, des parents et de leur enfant de 0 à 5 ans, des parents et de leur enfant de 5 à 11 ans, des parents et de leur jeune de 12 à 18 ans et finalement, auprès des adultes. Cependant, à partir de l'année financière 1989-1990, les services spécifiques aux adultes ont été réorientés vers le thème de la sexualité, de la contraception et des MTS⁵³.

- 49. ASHD, Fonds CLSC Drummond, Rapport annuel du CLSC Drummond, 1987-1988, p. 6-7.
- 50. Entrevue réalisée avec M. Jacques Bibaud, mai 2010.
- 51. Ibid.
- 52. ASHD, Fonds CLSC Drummond, Rapport annuel du CLSC Drummond, 1987-1988, p. 6-7.
- 53. ASHD, Fonds CLSC Drummond, Rapport annuel du CLSC Drummond, 1989-1990, p. 17.

54. Entrevue réalisée avec M. Gaétan Mercure, mai 2010.

Durant les premières années, deux nouveaux services ont vu le jour et ont modifié considérablement l'offre de service du CLSC. D'abord, en 1991, à la demande du groupe Diabète Drummond, une sixième équipe multidisciplinaire s'est formée afin d'ouvrir une clinique de diabétologie. Cette équipe regroupait des infirmières, une diététiste et des endocrinologues. Ainsi, au cours d'une même visite, le patient pouvait recourir aux services de tous ces professionnels si le besoin était présent.

Ensuite, en 1991, le module de médecine générale a commencé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (IVG). L'Hôpital Sainte-Croix ayant refusé d'offrir ce service à la population à la suite des pressions exercées par les Sœurs Grises, le CLSC a répondu aux demandes des groupes de femmes qui réclamaient la disponibilité de ce service dans la région. Craignant qu'une trop grande publicité entourant ce nouveau service soulève les passions et fasse échouer le projet, la direction du CLSC avait informé tous les intervenants du milieu médical sans faire de sortie médiatique. Plus que le geste politique, ce qu'on souhaitait matérialiser était le libre choix pour les femmes. D'ailleurs, il est important de souligner que si des IVG étaient pratiquées au CLSC, ce dernier travaillait également avec des groupes communautaires qui mettaient des ressources à la disposition des femmes souhaitant mener leur grossesse à terme⁵⁴.

4.2 Une réforme en deux temps

Les années 90 ont été marquées par la réforme de la santé et des services sociaux qui a vu le jour à la suite de la publication du rapport Rochon à la fin des années 80. Dans un premier temps, l'accent a été mis sur la rationalisation des ressources et la mise en place de mécanismes visant à faire des besoins des citoyens le centre des préoccupations du système sociosanitaire. Dans un second temps, la réforme a consisté à mettre en place le virage ambulatoire qui, en faisant des services de première ligne la clé de voûte de la transformation du système sociosanitaire, a imposé de repenser la façon d'offrir les services.



Renouvellement de l'agrément en 1998; de g. à d., M. Denis Boily, M. Marcel Sénéchal, M^{me} Céline Forcier, M. Jacques Bibaud et M. Gaétan Mercure

Vingling and delp

4.2.1 L'amélioration des services

À partir de 1992, la direction du CLSC a entrepris la mise en place de mécanismes visant à satisfaire les besoins des citoyens. À cette fin, elle s'est d'abord dotée d'un plan d'amélioration continue d'une durée de 5 ans. Celui-ci reposait sur quatre piliers :

- a) énonciation d'un code d'éthique;
- b) mise en place d'un plan de développement des ressources humaines;
- c) déploiement d'un nouveau plan d'organisation;
- d) mise en œuvre de la stratégie de service dont il a été question précédemment.

De plus, cette période a vu naître les premiers sondages de satisfaction de la clientèle et des employés.

Dans ce contexte, la direction du CLSC a également beaucoup contribué à la mise en place des normes nationales visant à mettre en place un comité d'agrément. Dès 1995, le CLSC Drummond a d'ailleurs reçu son premier certificat d'agrément et en 1998, il a été le premier à le renouveler.

4.2.2 Composer avec la rationalisation dans les centres hospitaliers

Au CLSC, la rationalisation des services s'est soldée par une augmentation du personnel. En effet, en 1993, la réorganisation du département de santé communautaire a conduit au transfert, vers le CLSC, du service de santé au travail. De plus, lors de la fermeture de lits au centre d'hébergement de l'Hô-

pital Sainte-Croix, une partie des employés a été transférée au CLSC en vue d'être affectée au programme de soutien à domicile. Pour accueillir ces nouveaux venus, en 1997, le CLSC a dû être agrandi de 6 000 pieds carrés.

4.2.3 Le virage ambulatoire et la consolidation

Amorcé en 1995, le virage ambulatoire avait pour objectif de désengorger le système hospitalier en diminuant au minimum les hospitalisations et la nécessité d'utiliser les ressources hospitalières. Cela a eu pour conséquence de provoquer un développement phénoménal des services ambulatoires, qui, pour la plupart, étaient dispensés en CLSC. Cette période a donc été intense au plan de la restructuration et de l'élaboration de nouvelles façons de faire, car l'augmentation de la demande n'impliquait pas nécessairement une augmentation des ressources disponibles. Néanmoins, de nouveaux services ambulatoires, tels que l'orthophonie pour enfants préscolaires et l'antibiothérapie à domicile, ont vu le jour dans ce contexte. De plus, les services Info-Santé ont été offerts 24 h/24 h et 7 jours par semaine⁵⁵.

Officiellement terminé en 1999, le virage ambulatoire a fait place à une consolidation des services et les nouveaux investissements ont permis au CLSC de réaliser des objectifs qu'il poursuivait depuis longtemps. En effet, c'est à cette époque qu'a été mise en place la première équipe de base en santé mentale et que le sans rendez-vous infirmier a été instauré en complément du service Info-Santé.

55. ASHD, Fonds CLSC Drummond, Rapport annuel du CLSC Drummond, 1995-1996, p. 5.

Crise du verglas

Dans la nuit du 8 janvier 1998, l'alerte a été déclenchée et un premier centre pour sinistrés a été ouvert. Rapidement, le territoire a été quadrillé pour rejoindre chacun des bénéficiaires du programme de soutien à domicile et plusieurs d'entre eux ont été accueillis au CHSLD Cœur-du-Québec.

«On a retrouvé ici une chaleur humaine extraordinaire»

(Angèle Ruel)

Conseillée à deux reprises par le CLSC, Mme Angèle Ruel a accepté vendredi dernier de laisser sa maison du quartier Saint-Philippe pour être conduite au CFGH. Cette décision, elle n'allait pas la regretter.

«Je profite déjà du service de maintien à domicile du CLSC. Ce sont eux qui m'ont appelée pour me proposer de venir ici. J'ai d'abord refusé. Ils m'ont téléphoné de nouveau le lendemain et j'ai accepté. Moi, je n'aurais jamais pensé à les appeler. Le CLSC a eu un réel souci de ma condition. »

Pour ce qui est de l'accueil reçu au Centre, elle multiplie les superlatifs. «Malgré le branlebas, j'ai été bien accueillie. On m'a bien installée et établi mes besoins. On sentait qu'on s'occupait de nous tout de suite et mon conjoint a même pu m'accompagner. Il y a ici une chaleur humaine extraordinaire. Le directeur général, M. Habashi, a été là tout le temps et il demandait aux gens si tout allait bien en distribuant les encouragements. On pense qu'un directeur demeure dans son bureau, mais ça n'a pas été son cas. Tout le monde s'entraide et le service est rapide. La nourriture est tout ce qu'il y a de mieux et chaude. J'ai participé à une soirée récréative dimanche de même qu'à une soirée hommage. J'ai chanté à mon goût et ça m'a fait du bien».

Que peut-on ajouter de plus ?



Durant la crise, le CLSC est demeuré ouvert 24 h/24 h pour les services de base et le personnel a été déployé dans les centres pour sinistrés répartis à travers l'ensemble de la MRC. Au plus fort de la crise, ces centres accueillaient près de 1 400 personnes.

Que ce soit sur le plan des services liés au logement, à l'alimentation ou à la prévention de l'hypothermie et des intoxications, la crise du verglas de 1998 a permis de démontrer la force de l'engagement du CLSC Drummond envers la population.

Journal *L'Express*, 25 janvier 1998





«Nous avons reçu une collaboration formidable»

(Nagui Habashi)

Journal *L'Express*, 18 janvier 1998

En plus du travail herculéen effectué par ses propres troupes, le directeur général du CFGH, M. Nagui Habashi, n'en revient tout simplement pas de l'apport d'une série de collaborateurs sans qui la vie de plusieurs personnes en détresse aurait été mise en péril durant la tempête de verglas qui demeurera longtemps dans l'esprit de tous.

«Je ne suis pas surpris par la collaboration formidable obtenue par les différents intervenants. Ce qui m'éblouit, c'est l'efficacité qui a caractérisé l'action de chacun d'eux car, il faut bien l'avouer, la tempête a entraîné des conséquences beaucoup plus nombreuses que tout ce que j'avais pu imaginer».

Le dirigeant du CHSLD de la MRC Drummond ne veut oublier personne, mais il pointe du doigt sept niveaux d'aide qui se sont avérés primordiaux. «Tout d'abord, Hydro-Québec a été en contact constant avec nous et ses porte-parole nous ont toujours avisés des changements à prévoir et des endroits stratégiques qui allaient faire l'objet de leurs interventions. Quant au CLSC Drummond, chapeau à l'équipe composée d'administrateurs et de gens de terrain qui nous ont facilité la tâche. Leur rôle consistait à déterminer la clientèle qui devait être dirigée vers nous et leur

méthodologie ainsi que leur planification a été sans tache».

M. Habashi a également fortement apprécié la collaboration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, dont les représentants se sont ingéniés à trouver des solutions à toutes sortes de problèmes, qu'il s'agisse de faire livrer des lits de l'armée ou des couvertures par des compagnies de transport en pleine tempête ou encore d'établir les contacts ou de définir les besoins réels.

La Ville de Drummondville, le Cégep de Drummondville, les fournisseurs et les employés du Centre ont également remarquablement collaboré.

«La Ville a fourni les bras pour l'opération hébergement d'urgence et son centre de coordination fonctionnait très bien avec nous. Le Cégep a mis à notre disposition une liste de stagiaires étudiants en technique de soins infirmiers. Nos fournisseurs ont de leur côté assuré un service de première ligne et même si nous n'étions pas prêts à une situation d'une telle ampleur, tout a fonctionné à merveille. Enfin, nos employés ont fait preuve d'une implication exemplaire, tant par un très faible taux d'absentéisme que par la qualité de leur travail régulier ou l'ajout d'heures bénévoles», de conclure M. Habashi.

Un agrandissement de 805 mètres carrés au CLSC Drummond

Qui permet notamment l'implantation d'une clinique ambulatoire de physiothérapie

Le CLSC Drummond est présentement en chantier. De fait, de nouveaux locaux, d'une superficie de 805 mètres carrés, seront ajoutés d'ici l'été entre les deux bâtiments actuels. Cet agrandissement permettra entre autres de créer un lien fonctionnel et plus adéquat entre les deux unités, mais surtout, il favorisera l'implantation de nouveaux services, dont une clinique ambulatoire de physiothérapie.

Cet agrandissement était nécessaire pour l'établissement de santé qui connaissait des difficultés impor-

tantes au niveau de ses locaux. Ces nouveaux espaces permettront donc d'absorber l'important développement qu'a connu le CLSC au cours des deux dernières années. En effet, l'établissement s'est vu octroyer des budgets supplémentaires de 1,5 million de dollars, ce qui a permis l'ajout de 32 postes.

Les nouveaux locaux serviront à loger une nouvelle clinique ambulatoire de physiothérapie, l'en-

semble des services de soutien aux parents et aux jeunes et l'équipe de santé mentale.

Concernant la clinique ambulatoire de physiothérapie, il s'agit d'un projet mené conjointement avec l'hôpital Sainte-Croix. «L'hôpital et nous avons déposé un projet conjoint afin de démontrer qu'il y avait un réel besoin à Drummondville d'une clinique de physiothérapie destinée à une clientèle bien précise», a indiqué Gaétan Mercure, directeur général du CLSC Drummond. «Il y a 400 personnes qui ont besoin de services de physiothérapie et qui n'ont pas d'assurances», poursuit-il.

> M. Mercure a également mentionné qu'ils avaient obtenu le financement en mars à cet effet, mais qu'actuellement, il était impossible pour l'établissement de santé d'ouvrir une telle clinique faute d'espace.

Le financement des nouveaux coûts annuels de location au montant de 153 000 \$ se fait de deux façons : un financement de la Régie régionale de 75 000 \$ et le solde de

78 000 \$ pris à même le budget de fonctionnement du CLSC.

Pour ce qui est du coût de cet agrandissement, Gaston Brouillette, un des copropriétaires, a simplement répondu qu'ils allaient le garder pour eux.

Par ailleurs, cet ajout aux deux bâtiments actuels créera un lien entre eux, ce qui permettra aux employés de ne pas avoir à passer par l'extérieur pour ce rendre d'un endroit à l'autre.

«Le CLSC Drummond est un



Un bâtiment d'un étage (805 mètres carrés) sera construit entre les deux unités actuelles du CLSC Drummond, ce qui créera un lien plus fonctionnel entre celles-ci. (Photos : Claude Deschênes)



exemple de bonne administration et de bons services auprès de la population. Il a béaucoup contribué à l'amélioration des soins et des services de la santé à Drummondville», a pour sa part mentionné Normand Jutras, député de Drummond à l'Assemblée nationale.

Cela permettra de loger d'autres services, notamment, une clinique ambulatoire de physiothérapie. Sur la photo, on aperçoit Gaston Bélanger, président du C.A. de la Régie régionale; Denys Baril, architecte, et Gaétan Mercure, directeur général du CLSC.

Projet d'agrandissement et de déménagement du CLSC annoncé dans le Journal *La Parole*, le 26 avril 2000

4.3 La fusion des établissements et la création du CSSS Drummond

En 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, a procédé à la fusion des établissements de santé à l'intérieur d'une nouvelle structure nommée centre de santé et de services sociaux (CSSS). À Drummondville, cette mesure a touché l'Hôpital Sainte-Croix, le CLSC Drummond et le CHSLD Cœur-du-Québec.

Destinée à améliorer l'accessibilité et la continuité des soins, cette mesure a forcé l'intégration des services de première ligne et des services de santé spécialisés à l'intérieur de programmes communs.

Pour plusieurs intervenants, ce mariage forcé a ravivé les tensions entre les milieux hospitaliers et les CLSC. Alors que certains ont prédit que les préoccupations des premiers allaient noyer celles des seconds, après seulement six ans de cohabitation, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions.

André Foisy est nommé directeur général du CLSC

Le conseil d'administration du CLSC Drummond a procédé, lors d'une récente assemblée régulière, à la nomination officielle de M. André Foisy au poste de directeur général. Le conseil entérinait ainsi de façon unanime la recommandation du comité de sélection. Il est entré officiellement en fonction le 8 janvier 2001.



Détenteur d'un baccalauréat en Travail social, d'une maîtrise en travail social et d'un MBA, André Foisy a poursuivi sa formation en complétant une maîtrise en droit de la santé ainsi qu'en suivant diverses sessions de perfectionnement.

Il possède une vaste expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux pour y avoir œuvré pendant près de 25 ans. Il a débuté sa carrière de gestionnaire au Centre jeunesse de la Montérégie où il a occupé successivement les postes de directeur des systèmes de gestion et de directeur de la gestion des programmes de 1975 à 1983. Il a, par la suite, agi à titre de directeur général du CLSC des Seigneuries pendant près de 14 ans et fut directeur général du CLSC Villeray en 1998 et en 1999. Depuis le mois d'août dernier, il agit à titre de directeur général par intérim au CLSC Samuel-de-Champlain, à Brossard.

M. Foisy connaît donc bien l'environnement et les enjeux propres aux CLSC. Il a travaillé en étroite collaboration avec les organismes communautaires, les partenaires et les acteurs du milieu. Mobilisateur dynamique, il exerce un leadership motivant et sait partager sa vision des orientations de l'établissement avec les équipes de travail.

Faire sa place au sein du réseau : la rivalité omnipraticiens/CLSC

Dans un article intitulé « L'Histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système », les auteurs Benoit Gaumer et Georges Desrosiers traitent, entre autres choses, des rivalités entre les omnipraticiens et les CLSC 56. Aussi, en parcourant les sources historiques et en réalisant les entrevues qui ont servi à rédiger cette brochure, force a été de constater qu'à Drummondville, des tensions semblables à celles décrites par les deux auteurs ont également existé. En effet, l'incapacité du CLSC Drummond à développer des services médicaux sans rendezvous, ses problèmes entourant l'implanta-



Vingting and dela

tion de la clinique de diabétologie et ses difficultés à offrir des services en santé mentale en constituent les signes et les conséquences.

Indépendamment des personnes qui ont été impliquées dans ces luttes, il existait des facteurs structurels, économiques et idéologiques qui rendaient incompatible le fonctionnement des CLSC avec la façon dont les omnipraticiens souhaitaient exercer la médecine. Inexorablement, ces deux acteurs du système sociosanitaire étaient donc prédisposés à se confronter comme chien et chat, l'un pour la défense de ses acquis, l'autre pour trouver sa place au sein du système sanitaire. Puisqu'un des objectifs avoués de la réforme Couillard était d'améliorer la collaboration entre les différents acteurs du réseau sociosanitaire, il importe donc de dépersonnaliser le conflit omnipraticiens / CLSC pour en identifier les causes et comprendre comment la réforme a voulu le régler.

5.1 Les CLSC qui dérangent les omnipraticiens

Depuis les débuts de la médecine hospitalière, les cliniques d'omnipraticiens avaient toujours constitué la principale porte d'entrée menant aux soins de santé. Ainsi, en 1972, quand le gouvernement a annoncé son intention de faire des CLSC le principal point d'accès du système sociosanitaire, il remettait en cause non seulement le rôle joué par ces cliniques, mais surtout, le modèle traditionnel de pratique libérale qui était si cher aux médecins et qui était caractérisé par la

préservation de l'autonomie professionnelle, la rémunération à l'acte et la défense du champ médical face à celui des autres professions de la santé.

D'abord, sur le plan des structures, à l'époque de leur création, les CLSC ne comportaient pas de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Or, il faut comprendre que pour les médecins, il s'agissait là d'un outil de travail fort important. Certes, il leur permettait de faire valoir leurs intérêts dans leur milieu, mais c'est surtout à travers lui qu'ils conservaient leur autonomie professionnelle face aux administrations hospitalières et qu'ils garantissaient la qualité scientifique des activités médicales, en évaluant les compétences de chaque médecin et en procédant à un contrôle de l'acte médical. Par exemple, c'est ce qui explique qu'encore aujourd'hui, pour accorder des privilèges à un médecin (droit de pratique), les conseils d'administration des établissements hospitaliers doivent absolument agir sous la recommandation d'un CMDP. Dans les années 60, le gouvernement était tellement convaincu de l'importance de ces derniers qu'il les avait rendus obligatoires. En ce sens, on peut comprendre que les omnipraticiens n'aient pas vu d'un bon œil leur absence au sein des structures des CLSC.

Les préoccupations concernant l'autonomie professionnelle des médecins n'étaient pas un phénomène nouveau. Historiquement, le corps médical avait toujours milité pour la préservation de cette indépendance, car en plus de lui assurer le plein contrôle sur la profession, il affirmait qu'elle permettait à la science médicale de se développer sans entraves et

56. Benoît GAUMER et Georges DESROSIERS, «L'Histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 10. n° 1. 2004. qu'elle favorisait la mise en place d'une éthique professionnelle en permettant aux médecins de se soustraire à toutes formes d'intérêts autres que celles de leurs patients.

Ensuite, sur le plan économique, la volonté politique de faire des CLSC le principal point d'accès aux services de première ligne menaçait également le mode traditionnel de rémunération des médecins. En CLSC, la rémunération à l'acte n'était pas privilégiée et comme tous les autres professionnels y œuvrant, les médecins étaient des salariés. En ce sens, à moyen terme, si les plans du gouvernement fonctionnaient, les médecins entrevoyaient la possibilité que la rémunération à l'acte soit appelée à disparaître. Or, tout comme l'autonomie professionnelle, cette caractéristique de la profession médicale était ancrée dans une longue tradition et les médecins s'opposaient farouchement à son abolition, car en plus de leur imposer un cadre de travail plus rigide, elle risquait d'entraîner une diminution de leurs revenus.

Pour freiner l'expansion des CLSC, à l'appel de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), les omnipraticiens de la province se sont lancés dans la création de cliniques qu'ils ont nommé « centres de santé ». Par exemple, c'est dans ce contexte qu'a été fondé, à Drummondville, le centre de santé sur la rue Georges-Couture.

La création de ces cliniques n'a pas aidé à calmer les tensions entre les CLSC et les omnipraticiens. Au contraire, elle les a considérablement exacerbées, car pour construire ces centres de santé, les médecins ont investi des sommes colossales. En ce sens, ces investissements immobiliers n'ont fait qu'augmenter la taille de l'enjeu et, par conséquent, la détermination à lutter contre le développement des CLSC.

Enfin, dans un contexte plus local, en 1972, l'ouverture des CLSC a suscité la méfiance, car l'implantation rapide d'un de ces centres à Drummondville aurait perturbé le fonctionnement de l'urgence de l'Hôpital Sainte-Croix. Il faut savoir qu'avant l'arrivée de l'assurance-maladie, certains omnipraticiens avaient investi de nombreux efforts pour faire de l'Urgence une porte d'accès au système sociosanitaire disponible 24 heures par jour et sans rendez-vous. À cette époque, il y avait eu certaines tensions au sein du corps médical de l'hôpital, puisque prétextant un manque de travail, certains médecins refusaient de passer la nuit à l'Urgence. Avec l'implantation des régimes publics, l'augmentation de l'achalandage avait réglé la question, mais l'avènement d'un CLSC en tant que principale porte d'entrée du système de santé aurait certainement fait diminuer l'achalandage à l'Urgence et aurait risqué de réanimer la vieille guerelle concernant le volume de travail et la présence médicale 24 heures par jour.

5.2 Les CLSC pour faire les choses autrement

Au moment de la création des CLSC, il serait extrêmement réducteur d'affirmer que leur rôle se limitait à créer un guichet unique regroupant tous les soins de santé et les services sociaux de première ligne. Dans l'esprit de la réforme Castonguay, ils constituaient plutôt la forme d'organisation idéale pour mettre de l'avant le concept de la médecine globale qui, à cette époque, avait inspiré l'ensemble de la réforme du système sociosanitaire. En ce sens, plus qu'un



simple guichet de services, on souhaitait que les CLSC soient des vecteurs de changement dans la façon de dispenser les services sociosanitaires.

La première transformation à réaliser était l'intégration et la coordination des soins de santé avec les services sociaux, conformément à l'approche de la médecine globale. Selon cette dernière, le modèle médical à privilégier devait tenir compte des trois dimensions des soins à prodiguer, c'est-à-dire la prévention, la correction et la réhabilitation. De plus, contrairement au modèle médical traditionnel, qui considérait « la maladie entièrement ou principalement comme un problème organique », la médecine globale préconisait plutôt de l'aborder comme un « déséquilibre entre une unité sociale, l'individu ou la famille, et le milieu au sein duquel elle évolue »⁵⁷.

En plus de réaliser l'intégration des dimensions sociales et sanitaires, le rôle des CLSC consistait également à « amener la population à participer à l'identification et à la solution des problèmes de santé et sociaux du milieu par l'information, l'animation et l'éducation » ⁵⁸. En ce sens, il était dans la mission des CLSC d'être à l'écoute des suggestions de la population et de faire preuve de flexibilité afin d'orienter ses programmes en fonction des besoins spécifiques locaux.

Dans la perspective de la médecine conventionnelle, qui se développait certes en fonction des besoins locaux, mais surtout en regard de critères rationnels et objectifs, on peut comprendre qu'une telle approche ait pu sembler farfelue et superflue. Cela est d'autant plus vrai que pour réaliser ce vaste programme, les concepteurs des CLSC avaient privilégié une approche interprofessionnelle qui, pour les omnipraticiens, touchait à une autre corde sensible, c'est-à-dire la délimitation du champ d'action de chacune des professions de la santé.

Contrairement à l'approche des omnipraticiens, qui faisait de la consultation en cabinet la principale forme de pratique, l'approche interprofessionnelle amenait l'usager à entrer en contact avec plusieurs professionnels de la santé au cours d'une consultation. En ce sens, elle remettait en question la délimitation traditionnelle du champ d'exercice de la médecine et elle a certainement contribué à susciter la méfiance des omnipraticiens à l'égard des CLSC.

Néanmoins, à Drummondville, l'exemple de la clinique de diabétologie montre que, grâce à l'approche développée en CLSC, des pratiques sociosanitaires novatrices ont pu voir le jour. Cela dit, en raison de l'incompatibilité entre le modèle médical des omnipraticiens et celui des CLSC, le projet initial qu'on avait imaginé pour ces derniers n'a jamais été réalisé.

- 57. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Tome IV, 2, 2, 1970, p. 28; cité dans Benoît GAUMER, « L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec: du modèle à la réalité », *Lien social et Politiques*, n° 55, 2006, p. 26.
- 58. Jacques BRUNET, Politique en matière de santé du MAS, Document de travail, ministère des Affaires sociales du Québec, 1972; cité dans Benoît GAUMER, loc. cit., p. 28.



Le personnel en plein travail.
Photo du haut: M. Claude Filion;
au centre, M^{me} Marie-Ève Morel et M. Alain Bélanger;
en bas, M^{mes} Marthe Giroux et Monique Guay





5.3 Fusionner pour mieux régner?

À son arrivée à la tête du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le D^r Philippe Couillard a annoncé une réforme qui visait à améliorer l'accessibilité et la continuité des services sociosanitaires. Un des problèmes majeurs qui avait été identifié par le MSSS pour expliquer la situation que l'on voulait corriger était le manque de collaboration entre les différentes composantes du réseau sociosanitaire. Ainsi, pour remédier à la situation, le ministre Couillard a procédé à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) en fusionnant, sur un territoire donné, tous les CLSC, les centres hospitaliers et les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Pour les détracteurs de cette réforme, cette mesure était néfaste, car elle allait noyer la vocation particulière des CLSC en la plaçant dans un univers conçu d'abord et avant tout pour répondre aux besoins du milieu hospitalier.

Bien qu'il soit évidemment trop tôt pour tirer des conclusions aussi catastrophiques, il faut néanmoins souligner qu'à Drummondville, bien avant la réforme, les rapports entre les omnipraticiens et le CLSC s'étaient grandement améliorés.

D'abord, dans le cadre du virage ambulatoire, un comité conjoint hôpital-CLSC, auquel certains omnipraticiens ont participé, avait été créé pour assurer une meilleure coordination entre ces deux composantes. Même si l'administration de l'Hôpital Sainte-Croix avait toujours conservé une distance relative dans le conflit qui opposait ses omnipraticiens au

CLSC, la mise sur pied de ce comité a tout de même amélioré la situation en créant un lieu de médiation où chacun a pu s'apprivoiser.

Ensuite, dans les années 90, on a procédé à l'établissement des CMDP au sein des CLSC. Cette mesure a contribué à harmoniser le milieu des CLSC avec le cadre de pratique auquel les omnipraticiens étaient habitués. Désormais, ces derniers pouvaient se regrouper à l'intérieur des CLSC pour organiser, de manière autonome, la pratique médicale conformément aux normes en vigueur. D'ailleurs, il faut souligner que la demande d'implantation des CMDP dans les CLSC avait été appuyée par la FMOQ.

Dans un contexte plus drummondvillois, à la fin des années 90, l'arrivée au CLSC de trois omnipraticiens⁵⁹ retraités de l'Hôpital Sainte-Croix a constitué un autre facteur améliorant les relations entre le CLSC et les omnipraticiens. Grâce à ces médecins, qui avaient une bonne crédibilité auprès de leurs confrères, les préjugés de part et d'autre ont pu être dépassés.

Enfin, en 2001, l'arrivée des groupes de médecine familiale (GMF) a également favorisé une détente du climat. Plus conforme au modèle de pratique souhaité par les omnipraticiens, ce type d'organisation a démontré que le gouvernement appuyait d'autres façons de développer les services de première ligne et, en ce sens, il a offert un troisième choix aux omnipraticiens. Dès lors, ceux-ci pouvaient pratiquer en CLSC, en cabinet privé ou en GMF.

Malgré l'amélioration générale du climat à partir du milieu des années 90, la dernière réforme a tout de même mis fin à l'expérience des CLSC en tant qu'institutions autonomes. Ceux-ci sont désormais regroupés sous une direction

59. Les D^{rs} Gilles Guilbault, Noël Pelletier et Roger Therrien

Vingling and dela!

commune avec les centres hospitaliers et la mission dont ils étaient porteurs est maintenant entre les mains des nouvelles administrations des CSSS qui doivent d'une part, s'assurer de la collaboration des médecins et d'autre part, continuer de mettre en action le modèle que voulaient incarner les CLSC.

Si, à une certaine époque, cette conciliation aurait été très difficile à réaliser, quand on regarde le développement des services au CSSS Drummond au cours des six dernières années, on remarque que l'approche que voulait développer les CLSC a eu une influence considérable. En effet, les cliniques d'insuffisance rénale chronique et de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), qui ont toutes deux été fondées à la suite de la réforme, ont été conçues à partir d'une approche interprofessionnelle. Il semble donc qu'après avoir été rebutée par cette approche, la médecine conventionnelle a évolué dans cette direction.

Conseil d'administration du CLSC Drummond

Présidents

Jean-Guy Bédard	1985 à 1987
Yvon Raymond	1987 à 1988
Denis Boily	1988 à 1999
Mario Parent	2000 à 2004

Directeurs généraux

Gaétan Mercure	1986 à 2000
André Foisy	2001 à 2002
Jacques Bibaud (intérim)	2003 à 2004



Au terme de cette lecture, nous espérons que vous avez pu apprécier la qualité du travail des pionniers du CLSC Drummond et de leurs successeurs. Réformes successives, confrontation de cultures et luttes internes sont autant d'embûches qu'ils ont dû surmonter pour que puisse vivre le rôle souhaité pour les CLSC. Il va de soi que nous ne pouvons nommer tous ces hommes et ces femmes qui ont fait une différence pour leurs concitoyens. Nous leur sommes très reconnaissants, car c'est grâce à leur apport que le CLSC Drummond est si bien ancré aujourd'hui dans sa communauté.

Nous souhaitons aussi remercier la Société d'histoire de Drummond qui, avec le concours de sa directrice générale, M^{me} Hélène Vallières, a réalisé cet ouvrage de qualité. Nous savons que beaucoup d'énergies ont dû être consacrées à la recherche et au recensement des documents d'archives nécessaires à la réalisation du cahier. Ce travail a été effectué avec beaucoup de professionnalisme.

Nos remerciements s'adressent également aux personnes qui ont apporté leur contribution à la recherche : M^{me} Mélissa Champagne, agente administrative, M^{me} Nicole Lambert, intervenante sociale, M^{me} Marie-France Lahaie, opératrice en informatique.

D'autres personnes ont accepté de partager avec nous leurs souvenirs à l'occasion de ce projet. Il s'agit de MM. Gaétan Mercure et Jacques Bibaud. Nous leur exprimons toute notre gratitude pour leur générosité.

Finalement, nos remerciements s'adressent à M. Jean-Pierre Marcotte et à M^{me} Amélie Cournoyer, coauteurs, qui ont réussi au prix de maints efforts, à naviguer dans les méandres de notre réseau sociosanitaire et à exprimer, de façon fort intéressante et attachante, l'épopée du CLSC Drummond.

PRÉSENTATION4		
NOTE AUX LECTEURS5		
1.	À L'ORIGINE DES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES	
1.1	Les unités sanitaires de comté (USC)6	
1.2	Le Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital Sainte-Croix10	
1.3	Le Centre de services sociaux Centre-du-Québec (CSS-CQ)	
2.	UN TERRITOIRE À DESSERVIR: LA MRC DE DRUMMOND12	
2.1	La MRC d'alors	
2.2	Et d'aujourd'hui14	
3.	POUR L'IMPLANTATION D'UN CLSC À DRUMMONDVILLE16	
3.1	L'union du médical et du social: la naissance des CLSC au Québec16	
3.2	La création d'un CLSC à Drummondville, le processus19	
3.2.1	Les premiers pas21	
3.2.2	Le comité de promotion21	
3.2.3	Le comité aviseur23	
3.2.4	La concrétisation d'une longue démarche24	
3.3	Le positionnement du CLSC au sein du système de santé drummondvillois	
3.3.1	(Re)définir brièvement les CLSC27	
337	La mission et les valeurs 29	

4.	LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES	
	À LA POPULATION	32
4.1	Les premiers services offerts	33
4.2	Une réforme en deux temps	34
4.2.1	L'amélioration des services	35
4.2.2	Composer avec la rationalisation dans les centres hospitaliers	35
4.2.3	Le virage ambulatoire et la consolidation	35
4.3	La fusion des établissements et la création du CSSS Drummond	39
5.	FAIRE SA PLACE AU SEIN DU RÉSEAU: LA RIVALITÉ OMNIPRATICIENS/CLSC	40
5.1	Les CLSC qui dérangent les omnipraticiens	41
5.2	Les CLSC pour faire les choses autrement	42
5.3	Fusionner pour mieux régner?	44
REMERCIEMENTS46		
BIBLIOGRAPHIE48		48
CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES50		

1. SOURCES D'ARCHIVES

*Tous les documents d'archives proviennent du Fonds CLSC Drummond, lequel est accessible à la Société d'histoire de Drummond.

ALLOCUTIONS

BIBAUD, Jacques. *La stratégie de service* [conférence de l'Association Française contre les Myopathies], Paris, 30 janvier 1997.

BIBAUD, Jacques, et Gaétan MERCURE. *Gestion de la qualité des services: l'expérience du CLSC DRUMMOND* [présentation], [s.l.], 30 janvier 1997.

BOILY, Denis. *Le bilan annuel* [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 29 septembre 1997.

BOILY, Denis. *Le bilan annuel* [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 30 septembre 1996.

BOILY, Denis. *Le bilan annuel* [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 25 septembre 1995.

BOILY, Denis. *Le bilan annuel* [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 27 septembre 1993.

BOILY, Denis. *Le bilan annuel* [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 30 septembre 1991.

BOILY, Denis. *Présentation des orientations 1990-1995* [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 1990.

LAURIN, Camille. Annonce du partage des responsabilités CSS-CLSC en matière de services sociaux [conférence], Montréal, 11 juin 1984.

MERCURE, Gaétan. *Inauguration officielle du CLSC Drummond* [discours], Drummondville, 28 novembre 1986.

MERCURE, Gaétan. *Le bilan annuel*, [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 25 septembre 1995.

MERCURE, Gaétan. *Le bilan annuel*, [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 27 septembre 1993.

MERCURE, Gaétan. *Le bilan annuel*, [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 27 septembre 1992.

MERCURE, Gaétan. *Le bilan annuel*, [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 31 octobre 1989.

MERCURE, Gaétan. *Implanter la qualité de service à Drummondville au CLSC Drummond* [conférence prononcée à la Conférence internationale de Montréal], Montréal, 5 décembre 1995.

MERCURE, Gaétan. *Le virage ambulatoire* [conférence prononcée à l'Université Laval], Québec, 1er mars 1996.

MERCURE, Gaétan. *Le virage ambulatoire* [conférence de l'AQDR], [s.l.], 29 septembre 1995.

TREMBLAY, Ghyslain. *Le bilan annuel de la Fondation du CLSC Drummond* [discours prononcé à l'assemblée publique d'information], Drummondville, 30 septembre 1991.

ARTICLES DE JOURNAUX

AUTEUR INCONNU. « Création d'une Table de Concertation des organismes bénévoles et communautaires », L'Express, 19 juin 1984, p. 9.

AUTEUR INCONNU. « Enquête sur la situation », *La Parole*, mercredi 16 juin 1982, p. 40.

AUTEUR INCONNU. «Implantation d'un CLSC: l'idée fait du chemin », *La Parole*, samedi 16 juin 1984, p. 6.

AUTEUR INCONNU. «Laurin transfère 1700 postes et \$56 millions [sic] des CSS aux CLSC», *La Presse*, mardi 12 juin 1984.

AUTEUR INCONNU. «Le poste de coordonnateur du Centre local de services communautaires confié à Gaétan Mercure», *La Parole*, samedi 10 août 1985, p. 3.

LEVASSEUR, Pierre. «Le CLSC de Drummond: le premier de la région 04 en ce qui a trait à l'importance de la population.», *La Parole*, 26 janvier 1985, p. 4.

LEVASSEUR, Pierre. « Recette(s) pour obtenir un CLSC », *La Parole*, 18 décembre 1984, p. 11.

LEVASSEUR, Pierre. *Pourquoi un CLSC dans Drum-mond?*, série d'articles intitulée « Un CLSC chez nous », *La Parole*, 22 décembre 1984, p. 11.

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

HÔPITAL SAINTE-CROIX ET CLSC DRUMMOND. Le CLSC Drummond et l'Hôpital Sainte-Croix: un partenariat qui s'accentue [:communiqué de presse], Drummondville, 9 novembre 1999.

CLSC DRUMMOND. *Bilan 1996-1997 du CLSC Drummond [: communiqué de presse]*, Drummondville, 30 septembre 1997.

CLSC DRUMMOND. Le CLSC Drummond obtient son agrément [:communiqué de presse], Drummondville, 5 mai 1995.

CLSC DRUMMOND. Sondage SOM — Info-Santé CLSC: Les utilisateurs sont satisfaits [: communiqué de presse], Drummondville, 14 janvier 1997.

HÔPITAL SAINTE-CROIX ET CLSC DRUMMOND. L'Hôpital Sainte-Croix et le CLSC transforment la dispensation de certains services dans l'axe du virage [: communiqué de presse], Drummondville, 22 mars 1995

CLSC DRUMMOND. Le CLSC dévoile sa stratégie de service [:communiqué de presse], Drummondville, 27 septembre 1994.

CLSC DRUMMOND. Pour les aînés: guide d'aménagement sécuritaire du domicile [:communiqué de presse], Drummondville, 30 septembre 1991.

Vingthing and dela!

CLSC DRUMMOND. Assemblée publique annuelle du CLSC [: communiqué de presse], Drummondville, 30 septembre 1991.

CLSC DRUMMOND. Au CLSC Drummond: assemblée publique annuelle d'information [: communiqué de presse], Drummondville, 28 septembre 1992.

CLSC DRUMMOND. Au CLSC Drummond: Ouverture d'une clinique multidisciplinaire de diabétologie [:communiqué de presse], Drummondville, 13 mai 1991.

CLSC DRUMMOND. 5° anniversaire du CLSC Drummond [:communiqué de presse], Drummondville, 24 septembre 1990.

CLSC DRUMMOND. Au CLSC Drummond: Les résultats 1986-1987 [:communiqué de presse], Drummondville, 9 décembre 1987, 2 p.

CLSC DRUMMOND. L'inauguration du CLSC [:communiqué de presse], Drummondville, 4 décembre 1986.

CLSC DRUMMOND. Le CLSC Drummond a embauché son directeur général [: communiqué de presse], Drummondville, 12 mars 1986.

CSS-CQ DRUMMOND. Dans notre région, le transfert CSS/CLSC est devenu réalité [:communiqué de presse], Drummondville, 20 juin 1985.

CLSC DRUMMOND. Lancement de la fondation CLSC Drummond [: communiqué de presse], Drummondville, [s.d.].

CONSEIL DU TRÉSOR [Cabinet du président]. Le CLSC Drummond: la réussite d'une concertation [: communiqué de presse], Drummondville, 5 août 1985.

COMPTE RENDU

COMITÉ DE PROMOTION. Compte rendu de réunion du comité exécutif, salle de conférence du Département de santé communautaire de l'Hôpital Sainte-Croix, 10 septembre 1984, 2 p.

COMITÉ DE PROMOTION. Troisième réunion du comité de promotion pour l'implantation d'un CLSC à Drummondville [: compte rendu], salle 122 du Pavillon d'Youville de l'Hôpital Sainte-Croix, mardi 22 mai 1984, à 9 h, 2 p.

COMITÉ DE PROMOTION. Formation du comité de promotion pour l'implantation d'un CLSC à Drummondville [:compte rendu], salle 122 du Pavillon d'Youville de l'Hôpital Sainte-Croix, mercredi 18 avril 1984, à 20 h, 4 p.

COMITÉ TECHNIQUE. Compte rendu de réunion, salle de conférence du Pavillon d'Youville de l'Hôpital Sainte-Croix, 24 janvier 1984, à 10 h, 4 p.

CORRESPONDANCES

DESSUREAULT Jean-Yves. Activités d'implantation du CLSC Drummond [: lettre du CRSSS-04 à l'attention de M. Jean-Guy Bédard, de la Table de concertation des organismes bénévoles communautaires de Drummondville], Trois-Rivières, 3 octobre 1985.

DESSUREAULT Jean-Yves. Formation et mandat du comité aviseur, territoire de Drummondville [: lettre du CRSSS-04 à l'attention du comité de promotion], Trois-Rivières, 3 juin 1985, 2 p.

DESSUREAULT Jean-Yves. Implantation d'un CLSC à Drummondville [: lettre du CRSSS-04 à l'attention du comité technique], Trois-Rivières, 20 mars 1984, 2 p.

LECLERC, Fernand. [: Lettre du comité de promotion à l'attention du CRSS-04], Drummondville, 11 mai 1984, 2 p.

ROUSSEAU, Simon. Première réunion du comité de promotion [:lettre à l'attention des futurs membres du comité de promotion], Drummondville, 13 avril 1984, 2 p.

OUVRAGES

CLSC DRUMMOND. *Bilan 1985-1989 de l'implantation du CLSC Drummond*, Drummondville, septembre 1989, 42 p.

CLSC DRUMMOND. *Le rapport annuel 1986-1987*, Drummondville, 31 mars 1987, 18 p.

CLSC DRUMMOND. *Avec la communauté*, dépliant informatif, Drummondville, septembre 1986.

CLSC DRUMMOND. *Orientations* 1986-1989: cahier spécial, Drummondville, [s.d.], 4 p.

CLSC DRUMMOND. *Une carrière plus près du cœur*, brochure pour recruter de nouveaux médecins, automne 1989.

CLSC SUZOR-CÔTÉ. 4.0 Programmation de services, Victoriaville, 1983, 5 p.

COMPTE RENDU. Bref aperçu de la situation des CLSC au Québec, point 3, réunion de formation du comité de promotion à l'implantation d'un CLSC à Drummondville, salle 122 du Pavillon d'Youville de l'Hôpital Sainte-Croix, mercredi 18 avril 1984, à 20 h.

CRSSS-04. *Guide à l'intention* [sic] *des comités de promotion des CLSC*, Trois-Rivières, mai 1984, 55 p.

CRSSS-04. Les équipes de secteur dans les CLSC non desservis – Objectifs et modalités de réalisation, Trois-Rivières, 28 février 1985, 9 p.

CRSSS-04. *Programmation-cadre de services courants*, archives du CSSS, [s.l.], [s.d.], p. 35 à 39.

DÉSILETS, JACQUES et autres. Rapport du comité mandaté pour étudier l'implantation d'un CLSC à Drummondville, Drummondville, 2 mars 1984, 8 p.

DESROSIERS, Georges. «Le système de santé au Québec, bilan historique et perspective d'avenir», Revue d'histoire de l'Amérique française, [En ligne], vol. 53, n° 1, 1999, pp. 3-18.

DESROSIERS, Georges et Benoît GAUMER. «L'Histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système », *Ruptures*, [En ligne], vol. 10, n° 1, 2004, pp. 52-70.

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Un CLSC près de vous*, programme du 10° congrès annuel de la Fédération des CLSC, Montréal, 1984, 3 p.

GAUMER, Benoît. « L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec: du modèle à la réalité », *Lien social et Politiques*, n° 55, 2006, pp. 25-32.

MERCURE, Gaétan. La naissance d'un établissement avec et pour une communauté et ses citoyennes : bilan 1985-1989 de l'implantation du CLSC Drummond, Drummondville, septembre 1989, 42 p.

MERCURE, Gaétan. *Bilan 1987-1988 du plan de travail du directeur général*, préparé pour le comité d'évaluation, Drummondville, septembre 1988, 5 p.

MERCURE, Gaétan. *Bilan 1988-1989 du plan de travail du directeur général*, préparé pour le comité d'évaluation, Drummondville, septembre 1989, 5 p.

MERCURE, Gaétan. *Bilan du plan de travail du directeur général – avril 1991 à juin 1992 –*, préparé pour le comité d'évaluation. Drummondville, juin 1992, 10 p.

MERCURE, Gaétan. *Quelques réflexions... après deux mois*, document présenté au comité aviseur et au personnel de l'équipe du CLSC Drummond, Drummondville, 2 septembre 1985, 7 p.

2. OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

DESROSIER Georges et al. La santé publique au Québec: Histoire des unités sanitaires de comté 1926-1975, Montréal, Les Presse du l'Université de Montréal, 1998.

GUÉRARD, François. *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Éditions du Boréal, 1993.

3. SITES INTERNET

BEAUCHAMP, Gilles. Les Centres locaux de services communautaires: institutions de la société civile?, [En ligne], 31 décembre 2004, [http://www.gillesenvrac.ca/carnet/stories/2002/02/13/uneHistoireDeClsc.html] (page consultée le 4 mai 2010).

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DRUMMOND. Centre de santé et de services sociaux Drummond: + Engagés dans votre mieux-être, [En ligne], 29 avril 2010, [http://www.csssdrummond. qc.ca] (site consulté le 16 avril 2010).

MRC DE DRUMMOND. MRC de Drummond: Carrefour d'initiative et de culture, [En ligne], 30 avril 2010, [http://www.mrcdrummond.qc.ca] (site consulté le 10 mai 2010).

CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES

Archives de la Société d'Histoire de Drummond Pages 7, 8, 12, 16, 31, 36, 37, 38 et 39.

Archives du CSSS DrummondPages 4, 14, 15, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 40, 43, 44 et 45.

Archive privée de la famille Dugal Page 6.





En 2010, le CLSC Drummond a commémoré le 25° anniversaire de sa fondation. Pour souligner cet événement, cette brochure a été réalisée afin de survoler les moments clés qui ont façonné cette institution. À travers des sources telles que des procès-verbaux, des extraits d'assemblées publiques, des rapports annuels et des articles de journaux, la fondation du CLSC et son évolution ont été remémorées.

Centre de santé et de services sociaux Drummond