

Document disponible sur le site de
l'Observatoire :

<http://www.uqo.ca/observer>

**Implication de CDC dans des
processus d'élaboration de projets
cliniques de CSSS**

Par Alex Ellyson, Denis Bourque

Avec la collaboration de François Marchand
et Mathieu Proulx

**Publication de l'Alliance de recherche Université-Communauté / Innovation sociale
et développement des collectivités (ARUC-ISDC) et du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les
politiques sociales (LAREPPS)**

Série : Recherches, numéro #14

ISBN : 978-2-89251-338-7

**Cette recherche a été subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture,
référence #108844**

Novembre 2007

Table des matières

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	1
SOMMAIRE	2
ANALYSE DES 17 CDC PARTICIPANTES AU(X) PROJET(S) CLINIQUE(S).....	2
INTRODUCTION	4
CHAPITRE 1 : LE CADRE DE LA RECHERCHE.....	4
1.1 DESCRIPTION DE LA RECHERCHE : OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE ET LIMITES	4
1.2 LE PROJET CLINIQUE	5
1.3 TROIS POSITIONS EN PRÉSENCE	7
CHAPITRE 2 : ANALYSE DES 17 CDC PARTICIPANTES AU(X) PROJET(S) CLINIQUE(S).....	8
2.1 L'IMPLICATION DE CDC DANS DES PROJETS CLINIQUES : MODALITÉS, RÔLES ET STRUCTURES.....	8
2.2 PROJETS CLINIQUES : LES PARTICIPANTS	10
2.3 PROJETS CLINIQUES : LA PRÉVENTION ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	11
2.4 PROJETS CLINIQUES ET MILIEU COMMUNAUTAIRE : LES IMPACTS, LES FORCES ET LES LIMITES	13
2.4.1 <i>Les impacts du processus des projets cliniques</i>	13
2.4.2 <i>Les forces</i>	16
2.4.3 <i>Les limites</i>	17
CHAPITRE 3 : ANALYSE DES 13 CDC NON PARTICIPANTES AU(X) PROJET(S) CLINIQUE(S)...	21
3.1 LES CAUSES INFLUENÇANT LA NON-PARTICIPATION DE CERTAINES CDC	21
3.2 LES POSITIONS DES CSSS À L'ORIGINE DE LA NON-PARTICIPATION DES CDC.....	21
3.3 LES POSITIONS DES CDC CONCERNANT LEUR NON-PARTICIPATION	23
CHAPITRE 4 : CONTRIBUTION DES ORGANISATEURS COMMUNAUTAIRES DANS LES PROJETS CLINIQUES.....	24
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	26
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29

Liste des sigles et acronymes

ARUC :	Alliance de recherche université-communauté
CA :	Conseil d'administration
CDC :	Corporation de développement communautaire
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longues durées
CH :	Centre hospitalier
CLD :	Centre local de développement
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC :	Organisateur communautaire
PAL-SP :	Plan d'action local en santé publique
PNSP :	Programme national de santé publique
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires
RLS :	Réseau local de services
SADC :	Société d'aide au développement des collectivités
TROC :	Table régionale des organismes communautaires

Sommaire

Ce cahier présente les résultats d'une recherche exploratoire portant sur l'implication de CDC (Corporation de développement communautaire) du Québec dans des processus d'élaboration de projets cliniques de CSSS (Centre de santé et de services sociaux). Trente responsables de CDC (sur un total de 43 au Québec) ont été interviewées à l'automne 2006. Il en ressort que 17 étaient impliquées dans un processus de projet clinique avec un CSSS et que 13 ne l'étaient pas. Notre interrogation de recherche était double. Nous désirions explorer : 1) les formes de participation des CDC et des autres acteurs dans les projets cliniques; 2) les impacts appréhendés des projets cliniques sur les organismes communautaires, sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que sur la pratique des organisateurs communautaires des CSSS. Sur le plan de la méthodologie, nous avons eu recours à des entrevues téléphoniques semi-dirigées auprès de 30 dirigeantes de CDC du Québec. L'analyse de contenu s'est faite selon un mode de type catégoriel à partir d'un résumé écrit des entrevues. Nous avons également procédé à l'analyse documentaire de divers textes relatifs aux projets cliniques. Ce cahier présente les résultats de cette recherche et analyse les principaux enjeux que soulèvent les projets cliniques pour le milieu communautaire.

Analyse des 17 CDC participantes au(x) projet(s) clinique(s)

L'implication de la presque totalité de ces CDC remonte au début des démarches entreprises par chacun des 17 CSSS. Dans la majorité des cas, cette participation découle de l'initiative du CSSS qui a convié les CDC à se joindre au processus d'élaboration des projets cliniques sous différents motifs. Dans certains cas, les CSSS voulaient connaître l'opinion du milieu communautaire relativement à une proposition de plan d'élaboration des projets cliniques. Dans d'autres situations, les CDC étaient invitées à participer à des rencontres consultatives ou exploratoires, pour identifier la manière dont allait être abordée la question des projets

cliniques. Les CDC ont généralement joint des groupes de travail prenant différentes formes, selon les CSSS : comités de travail, tables de concertation, forums, etc. Ces groupes de travail étaient principalement centrés sur l'amélioration des services offerts par le CSSS et par les autres dispensateurs de services de son territoire, ainsi que par des clientèles et des problématiques bien spécifiques.

Les dirigeantes de CDC estiment que les démarches d'implantation des projets cliniques comportent des impacts (actuels ou prévisibles) tout autant positifs que négatifs pour les organismes communautaires. Sur le plan des avantages, on retient que les démarches d'implantation des projets cliniques sont souvent perçues comme un lieu de rencontre pertinent entre les acteurs du secteur communautaire et ceux du secteur public, qui se voient offrir l'opportunité de se sensibiliser mutuellement à leurs préoccupations respectives. Notons que le renforcement de la concertation et du partenariat entre le CSSS et les organismes communautaires de son territoire est un scénario qui semble se concrétiser dans certaines régions autour de l'identification de priorités locales et de projets communs. En termes d'impacts négatifs, les thèmes ressortis sont majoritairement liés à la question du financement et de l'autonomie des organismes communautaires. Les responsables de CDC redoutent notamment de voir certains organismes communautaires modifier leur mission en fonction des ententes de services.

La plupart des responsables de CDC interviewées estiment que la principale force de la démarche d'élaboration des projets cliniques est reliée à la concertation. Dans l'ensemble, elles sentent que le point de vue du communautaire a été à la fois entendu et respecté. Plusieurs estiment toutefois que le processus d'élaboration des projets cliniques a été précipité, et que cela a eu des répercussions néfastes sur différentes dimensions de la consultation, dont sa qualité, sa pertinence, et la participation. Une autre insatisfaction souvent exprimée se rapporte au coût de la démarche qui représente un investissement de temps et d'argent considérable.

Les impacts	
<u>Type avantage :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lieu de rencontre et réseautage ▪ Occasion de sensibilisation mutuelle ▪ Concertation sur des priorités locales et des projets communs 	<u>Type désavantage :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Énergivore en temps et en argent ▪ Risqué pour l'autonomie du communautaire avec les ententes de services et la reddition de comptes (sous-traitance) ▪ Faiblesse des moyens (argent neuf)
<u>Forces du processus :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation large et qualité de la concertation qui joue un rôle rassembleur ▪ Climat d'ouverture, d'échange, d'écoute et respect du point de vue du communautaire ▪ Identification du portrait sociosanitaire global du territoire et des priorités locales 	
<u>Limites du processus :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vitesse et échéancier trop rapides qui menacent qualité, pertinence et participation ▪ Incertitude quant aux résultats concrets ▪ Disproportion entre le poids des priorités locales VS les priorités ministérielles ▪ Lourdeur des structures et modes de fonctionnement des CSSS (surtout ceux récemment fusionnés) ▪ Tendance administrative à l'uniformisation des territoires des CSSS issus de fusions 	

La contribution des organisateurs communautaires (o.c.) dans les démarches d'élaboration des projets cliniques varie grandement d'une région à l'autre. Ils sont impliqués dans la plupart des projets, mais pour accomplir des mandats différents. Selon les CSSS, on observe que les o.c. occupent des rôles aussi variés que la coordination ou l'animation, en passant par la mobilisation, le soutien technique, la recherche, etc. Précisons que, généralement, ce sont des membres du personnel-cadre du CSSS (direction générale et direction de programme) qui dirigent les travaux liés à l'élaboration des projets cliniques, dans les différents groupes de travail. Concernant la prévention et les déterminants sociaux de la santé dans les projets cliniques, on retient deux tendances : leur présence via le communautaire, ou leur absence en raison de la prédominance du médico-curatif. On note également que la prévention et les déterminants sociaux de la santé sont des enjeux importants des projets cliniques, mais que le contexte organisationnel est un frein majeur (priorités ministérielles, approche par programme, ententes de gestion).

Les CSSS doivent favoriser la participation des ressources du milieu dans l'élaboration et la

mise en œuvre des projets cliniques (MSSS, 2004). Trois tendances émergent chez les CSSS. Une première qualifiée d'attentiste se base sur une absence d'action ou une action minimale (en 2006) qui se manifeste par une non sollicitation envers leur CDC ou le rejet d'une offre de participation de sa part. Une seconde tendance en serait une administrative et de relations publiques qui s'incarne dans des pratiques qui consistent à faire du projet clinique une politique ou une procédure institutionnelle qui fera l'objet de consultations formelles une fois élaborée à l'interne (ou même confiée à un consultant). Une troisième tendance dite participative se caractérise par un investissement du CSSS dans un processus de concertation plus ou moins participatif vu comme une opportunité de développement autour d'enjeux non seulement institutionnels mais aussi locaux et communautaires selon la culture partenariale déjà présente au CSSS et dans son milieu. Cette dernière tendance est particulièrement intéressante tout en comportant des limites dont la disproportion relevée entre le poids des priorités locales et celui des priorités ministérielles.

Introduction

Ce rapport de recherche est issu d'une démarche portant sur l'implication de CDC (Corporation de développement communautaire) du Québec dans des processus d'élaboration de projets cliniques de CSSS (Centre de santé et de services sociaux). En vue d'explorer la participation de ces organismes dans de telles démarches, 30 responsables¹ de CDC (sur un total de 43 au Québec) ont été interviewées à l'automne 2006. Il en ressort que 17 étaient impliquées dans un processus de projet clinique avec un CSSS et que 13 ne l'étaient pas.

Ce texte fait état de l'analyse des propos de ces 30 dirigeantes de CDC rencontrées dans le cadre de la présente recherche, en fonction des principaux thèmes qui ont été abordés avec elles autour de la question de l'implication des CDC dans la démarche de projets cliniques. Dans ce but, le présent document se divise en cinq sections. Le premier chapitre circonscrit les termes de notre recherche de même que la notion de « projet clinique ». Le deuxième et le troisième chapitres traitent respectivement des 17 CDC participant à la démarche de projets cliniques et des 13 CDC qui n'ont pas participé. Le quatrième chapitre pose un regard sur l'implication des organisateurs communautaires dans le processus des projets cliniques. Enfin, le cinquième chapitre est réservé aux enjeux que soulèvent les projets cliniques pour le milieu communautaire.

Chapitre 1 : Le cadre de la recherche

Ce chapitre décrit la démarche de recherche, entre autres en ce qui concerne les objectifs poursuivis, la méthodologie employée, et les limites rencontrées. Il sera ensuite question des projets cliniques ainsi que de trois hypothèses concernant les positions des acteurs concernés.

¹ Puisque la plupart des personnes interviewées sont des femmes, nous utiliserons la forme féminine pour désigner les responsables de CDC (coordonnatrices, directrices, dirigeantes, etc.).

1.1 Description de la recherche : objectifs, méthodologie et limites

Cette recherche vise à examiner les nouvelles formes de rapports entre le réseau public et les organismes communautaires dans le cadre des projets cliniques dont la mise en œuvre a été confiée aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS). La contribution des organismes communautaires participant aux projets cliniques s'articule autour de deux pôles : ils sont d'abord des partenaires autonomes du réseau local de services dont la coordination relève du CSSS, et ils sont également des fournisseurs de services et même des contractants au travers des ententes de services. Les CSSS et les organismes communautaires auront à expérimenter des pratiques complexes de partenariat dans le cadre inédit d'une nouvelle gouverne locale des services de proximité. Notre intérêt est dès lors orienté vers les conditions d'émergence et de structuration des projets cliniques ainsi que sur leurs configurations organisationnelles. Nous nous sommes intéressés aux Corporations de développement communautaire (CDC) parce qu'elles regroupent, sur une base territoriale, de nombreux organismes communautaires particulièrement du secteur de la santé et des services sociaux, et parce qu'elles sont présentes dans toutes les régions du Québec. Généralement, la mission d'une CDC est de regrouper les organismes communautaires et d'économie sociale oeuvrant dans différents secteurs d'activités de son territoire en vue d'assurer la participation active du mouvement communautaire au développement social et économique de son milieu.

Dans cet esprit, l'interrogation centrale de cette recherche est double. Nous désirons explorer :

- 1) les formes de participation des CDC et des autres acteurs dans les projets cliniques des CSSS;
- 2) les impacts appréhendés des projets cliniques sur les organismes communautaires, sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que sur la pratique des organisateurs communautaires des CSSS.

Sur le plan de la méthodologie, nous avons d'abord procédé à l'analyse documentaire de divers textes relatifs aux projets cliniques (législation, documents d'orientation du MSSS, etc.) Nous avons également procédé à des entrevues téléphoniques semi-dirigées auprès de 30 dirigeantes CDC du Québec. Le contenu de ces entrevues a été retranscrit et soumis à une analyse de contenu de type catégoriel (L'Écuyer, 1987).

En ce qui a trait aux limites, on doit notamment souligner que cette étude ne comporte pas un échantillon scientifiquement représentatif des CDC du Québec, non plus des projets cliniques élaborés par les 95 CSSS. Tel que précisé en introduction, nous avons rencontré 30 responsables de ces organismes sur un total de 43 au Québec et ce, à partir d'une invitation lancée par courriel à toutes les CDC selon une liste fournie par la Table nationale des CDC du Québec. Trente responsables de CDC ont répondu positivement à cette invitation et nous les avons toutes retenues pour une entrevue. Nous n'avons donc interviewé qu'une seule répondante par CDC qui nous a fait part de sa vision concernant l'implication (ou non) de son organisme dans certains projets cliniques. Il convient également de préciser que nous avons limité notre analyse à la période d'élaboration des projets cliniques, et que certains de ces projets débutaient à peine, ou n'étaient pas encore complétés. Notre étude ne couvre donc pas la période de mise en oeuvre des projets cliniques. Il est également utile de souligner que les opinions que nous avons recueillies de la part de 30 dirigeantes de CDC ne reflètent pas nécessairement la perspective de l'ensemble de l'organisme pour lequel ces personnes œuvrent. Rappelons en terminant que notre analyse se limite à l'implication de CDC dans des processus d'élaboration de projets cliniques et que, par conséquent, nous n'étudions pas les projets cliniques en tant que tels, qu'il soit question de leur contenu, de leur sens ou de leur portée.

1.2 Le projet clinique

Afin de mieux cerner la question de l'implication de CDC dans des processus

d'élaboration de projets cliniques, il convient d'abord de rappeler l'adoption de la loi 25 (*Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*) en décembre 2003 (Québec, 2003). Celle-ci a conduit à la création de 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au travers du Québec. Ces nouveaux établissements, à géométrie variable (des territoires variant entre 3700 et 370 000 habitants) sont généralement le résultat d'une fusion entre CLSC, CHSLD et CHSCS d'un territoire donné. Soulignons, par ailleurs, que cette loi a conféré aux nouvelles Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux la responsabilité de définir et de proposer un modèle d'organisation basé sur le modèle de réseau local de services (RLS). Ainsi, comme « le CSSS ne peut couvrir l'ensemble des besoins de sa population qu'il ne peut combler à lui seul, il doit conclure des ententes de services avec d'autres partenaires (cliniques médicales, centres jeunesse, organismes communautaires, centres hospitaliers universitaires, etc.) » (<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php>). Dans cette perspective, le ministère de la Santé et des services Sociaux (MSSS) a identifié deux principes fondamentaux pour baliser la mise en œuvre de ce nouveau mode de planification des services : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Simultanément, il a adopté une stratégie de planification basée sur une gestion de programmes (MSSS, 2004a : 5). Au total, neuf programmes-services ont été retenus : 1) Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), 2) Services généraux, 3) Santé publique, 4) Santé mentale, 5) Jeunes en difficultés, 6) Santé physique, 7) Déficience physique (DP), 8) Déficience intellectuelle et 9) Dépendances (alcool, toxicomanie, jeux) (MSSS, 2004d).

La deuxième phase de cette réforme s'avère être le projet clinique. Puisque les CSSS ont dorénavant pour mandat d'organiser les services sociaux et de santé en vue de répondre aux besoins de la population de leur territoire, le MSSS a établi que ces établissements seraient alors responsables de définir un projet organisationnel et clinique. Dans les grandes

lignes, ce projet constitue une démarche visant à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions dont la promotion-prévention, le diagnostic, le traitement, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la réadaptation et le soutien en fin de vie. Le projet clinique relève d'une approche populationnelle permettant l'exercice d'une responsabilité territoriale et populationnelle de la part des établissements publics. Les CSSS devront donc définir leur projet clinique pour chacun des neuf programmes-services, ce qui consiste à :

- 1- établir le portrait des besoins de santé et de bien-être de la population du territoire;
- 2- inventorier les ressources et services actuellement disponibles pour répondre à ces besoins;
- 3- analyser les écarts à combler pour rencontrer les objectifs d'accès, de continuité et de qualité;
- 4- identifier les modèles cliniques et les collaborations fructueuses déjà implantés qu'il faut maintenir et renforcer;
- 5- choisir, s'il y a lieu, d'autres modèles à intégrer pour combler les écarts dans l'atteinte des objectifs retenus;
- 6- préciser les éléments de l'offre de service et les paramètres devant être contenus dans les ententes de services, ainsi que préciser les rôles et les responsabilités des différents acteurs. (MSSS, 2004a : 12).

Rajoutons que les différents projets cliniques doivent s'élaborer en fonction de la couleur locale, c'est-à-dire selon une connaissance de l'état de la santé et du bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population. Pour ce faire, les CSSS sont alors tenus de mobiliser et d'assurer la participation des différents acteurs du réseau sociosanitaire et des autres ressources du territoire dans l'élaboration de leurs projets cliniques, qu'il soit question d'établissements publics, d'organismes

communautaires, de ressources privées, d'entreprises d'économie sociale, etc. Le MSSS ajoute que la participation des usagers et de la population est aussi nécessaire pour influencer la prise de décision en matière d'organisation des services. Le projet clinique pourrait donc représenter une ouverture et une prise sur l'organisation des services locaux pour les organismes communautaires et les populations. Pour les organismes communautaires, il pourrait s'agir d'une opportunité d'être partie au débat sur les problèmes et les besoins prioritaires de leurs communautés.

Or, malgré ces ouvertures prometteuses, le MSSS encadre les projets cliniques dans une série de principes prédéterminés dont certains pourraient contredire les aspects positifs soulignés précédemment. En premier lieu, notons le principe de la « hiérarchisation des services » qui pose problème pour les services communautaires et bénévoles qui, par définition, sont autonomes et ne relèvent pas du réseau public. De plus, le MSSS élabore longuement sur le principe de la standardisation des pratiques et des processus expliqué ainsi: « Les centres de santé et de services sociaux, pour assurer une qualité de services et une hiérarchisation appropriée de l'accès aux services, doivent mettre en place des mesures découlant de la standardisation des pratiques, des stratégies et des processus. » (MSSS, 2004a, 25). Il s'agit d'un principe qui peut être pertinent pour des services institutionnels, mais qui pourrait constituer une menace à la différence qui caractérise les pratiques associatives et communautaires (contact humain et chaleureux, approche globale, prévention, etc.) et qui en font justement leur qualité. Ces principes (hiérarchisation, standardisation) contrastent avec le discours de mobilisation des partenaires autonomes à la définition d'un projet clinique aux couleurs locales.

Le projet clinique doit par ailleurs comprendre les modalités de collaboration entre le réseau public et le communautaire qui passeront, entre autres, par les ententes de services. À ce chapitre, le MSSS stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec leur CSSS les

modalités de leur collaboration pour assurer une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de l'autonomie de ces organismes (MSSS, 2004a: 56). Ces ententes de services peuvent cependant impliquer le versement de subventions et une reddition de comptes pour une prestation de services prédéfinis dans le cadre de réseaux intégrés ou continus de services. Les ententes de services passent ainsi du statut de pratique marginale et peu normée à celui d'élément central et standardisé des nouveaux rapports entre CSSS et organismes communautaires (Bourque, 2007). Ces nouveaux rapports, issus de la mise en place des CSSS, appellent des relations plus hiérarchiques que les relations qui avaient jusque-là généralement cours entre les établissements publics de première ligne et les organismes communautaires. Les lois 25 (Québec, 2003) et 83 (Québec, 2005) consacrent ces nouveaux rapports au travers des ententes de services qui sont au cœur du nouveau dispositif que constituent les réseaux locaux de services et les projets cliniques.

1.3 Trois positions en présence

Parmi les chercheurs et les acteurs du mouvement communautaire, on note trois grandes tendances relativement aux projets cliniques. Une première tendance que l'on pourrait qualifier d'**opposition** se caractérise par des objections de fonds à la création des réseaux locaux de services, aux projets cliniques ainsi qu'aux ententes de services. Les réserves en regard des ententes de services ne sont pas nouvelles, mais l'opposition aux réseaux locaux de services et à toute forme de collaboration formelle entre le communautaire et les CSSS est beaucoup plus récente (Gagnon-Lessard et Rivard, 2007). La Coalition des TROC remet ainsi en question la participation du communautaire à toute forme d'entente de collaboration, même celle qui n'implique pas de financement, car :

...elles font appel aux services de l'organisme communautaire dans le cadre de sa mission mais sans y attacher de financement supplémentaire... [et font en sorte] ...d'assujettir une partie

du budget du PSOC [programme de soutien aux organismes autonomes] de l'organisme à des services de responsabilité gouvernementale (Idem :5).

Même la conclusion volontaire de telles ententes de collaboration ou de services, ou la participation aux continus de services, sont à rejeter, car ils signifient l'intégration à l'offre de services publics. Dans le cas contraire, l'organisme communautaire signataire de telles ententes devrait réclamer les mêmes conditions de travail que celles en vigueur dans le CSSS. Selon les tenants de cette position, le partenariat entre les organismes communautaires et l'instance locale (CSSS) est alors perçu comme une menace potentielle, puisque pouvant mener à l'assujettissement du social au médical (Caillouette et coll., 2006) de même qu'à une perte de légitimité des organismes communautaires qui pourraient se retrouver cantonnés au rôle de sous-traitants de l'administration publique.

Une seconde tendance serait la tendance **complémentariste** (Proulx, 1997) ou **affairiste** qui revoie à une demande et à des pratiques de la part d'une partie du mouvement communautaire et des entreprises d'économie sociale pour renforcer leur intégration aux politiques et programmes publics souvent pour des fins de survie financière. Cette tendance est bien représentée par un courant des entreprises d'économie sociale en aide-domestique dont les rapports avec les établissements publics au palier local les situent dans une relation de quasi sous-traitance, particulièrement au niveau des activités d'aide à la personne, incluant les bains et les soins d'hygiène (Fournier, 2000). La défense des intérêts organisationnels constitue le moteur des rapports d'affaires en présence. Cette position appréhende donc le partenariat entre le secteur public et le mouvement communautaire essentiellement selon une perspective managériale, c'est-à-dire en termes de contractualisation d'ententes de services pour la prestation de services. Caillouette et coll. (2006 : 457) y réfèrent en termes de paradigme de régulation marchande (la construction des

rappports mise explicitement sur les intérêts particuliers des acteurs, et ce, par le biais de mécanismes de marché). L'État et ses institutions, sans devoir de dialogue avec le mouvement communautaire, prennent alors les décisions dont l'identification des fournisseurs de services, la détermination des modalités de prestation de ces services, ainsi que les normes de contractualisation à mettre en place.

Une troisième tendance en présence serait la tendance **stratégique** présente chez certains chercheurs et parmi une partie du mouvement communautaire. Celle-ci consiste à prendre acte de manière critique des courants de territorialisation et de partenariat institutionnalisé des services d'intérêt général (dont ceux en santé et services sociaux) non pas comme une mode passagère, mais comme un changement de paradigme et une caractéristique du nouveau mode de développement (Lévesque, 2006). À ce titre, comme le souligne Lévesque, la question est moins de savoir s'il faut être pour ou contre ces changements, « que de s'interroger sur les conditions nécessaires pour que ces nouvelles formes prolongent et même approfondissent la recherche de l'intérêt général et de la solidarité » (Idem, 7). Cette tendance se concentre donc sur les modalités entourant la mise en place des réseaux locaux de services, des projets cliniques et des ententes de services afin qu'ils se réalisent dans les conditions les plus favorables aux valeurs portées par les organismes communautaires ainsi qu'aux besoins et aspirations des milieux et des populations concernés. Contrairement à la tendance « affairiste », la tendance « stratégique » compose à la fois avec les intérêts organisationnels en cause, mais aussi avec une représentation de l'intérêt général qui ne passe pas uniquement par des arrangements centraux au niveau de l'État et des politiques publiques, mais aussi par des arrangements entre les acteurs locaux prenant en compte les particularités locales et territoriales. Caillouette et coll. (2006) parlent alors de paradigme de régulation partenariale (les acteurs de la société civile sont inclus dans le développement de leur territoire) et d'un espace local important à investir par les membres de la société civile, puisque reposant sur la redéfinition (au besoin

conflictuelle) des rapports entre les acteurs et de l'action concertée permettant une communauté plurielle d'actions (Caillouette et Ellyson, 2006).

Chapitre 2 : Analyse des 17 CDC participantes au(x) projet(s) clinique(s)

Ce chapitre concerne les 17 entrevues menées auprès d'autant de responsables de CDC afin d'explorer l'implication de ces organismes dans des démarches de projets cliniques avec le CSSS. Il sera initialement question des projets cliniques et de la nature de l'implication des CDC dans ceux-ci. Nous nous sommes aussi intéressés à la place de la prévention et des déterminants sociaux de la santé dans les démarches d'élaboration des projets cliniques ainsi que de leur impact sur le milieu communautaire tel que perçu par les répondantes.

2.1 L'implication de CDC dans des projets cliniques : modalités, rôles et structures

Pour bien appréhender les formes d'implication de nos 17 CDC dans les diverses démarches d'élaboration des projets cliniques, il convient de souligner leur caractère distinctif selon les régions. On constate effectivement des écarts importants entre certains projets, tant sur le plan de la forme, que du contenu ou de leur état d'avancement. Ces différences doivent être prises en compte, surtout en raison de leur influence potentielle sur l'implication des CDC dans les différents projets.

À titre d'exemple, soulignons que les démarches d'élaboration de projets cliniques retenant ici notre attention ont été entreprises depuis plus ou moins longtemps. Dans plus de la moitié des cas, ces démarches ont débuté durant l'année 2005. Pour ce qui est des autres, leur point de départ varie de décembre 2003 à mars 2006. Notons aussi que certaines de ces démarches viennent tout juste de commencer tandis que dans d'autres régions, elles étaient terminées ou presque. Toutes les pratiques relèvent donc de la phase d'élaboration des projets cliniques qui précède celle à venir de leur mise en œuvre. D'un autre côté, il faut préciser que l'implication

de la presque totalité des CDC remonte au début des démarches entreprises par chacun des 17 CSSS. Notons également que dans la majorité des cas, cette participation découle de l'initiative du CSSS qui a convié la CDC à se joindre au processus d'élaboration des projets cliniques. Du nombre, cinq de ces corporations sont d'ailleurs membres du conseil d'administration de leur Centre de santé et de services sociaux.

Cela dit, on observe des divergences de cheminement considérables entre ces démarches d'élaboration de projets cliniques (et/ou réseaux locaux de services). À ce sujet, retenons d'abord que les CDC ont initialement été interpellées sous différents motifs. Dans certains cas, les CSSS voulaient connaître l'opinion du milieu communautaire relativement à une proposition de plan d'élaboration des projets cliniques. Dans d'autres situations, les CDC étaient invitées à participer à des rencontres consultatives ou exploratoires, pour identifier la manière dont allait être abordée la question des projets cliniques. C'est ce que confirment ces coordonnatrices de CDC en disant :

Le CSSS se questionnait à savoir comment ils allaient mobiliser les organismes communautaires et ils ont appelé la CDC pour leur soumettre un premier jet de comment, un peu, ils envisageaient le processus à élaborer pour le projet clinique. (entrevue #1 : 1)

La CDC avait été invitée dans un premier temps pour parler de l'implication possible de ses membres dans le processus de création du réseau local. (entrevue #13 : 1)

Ces propos nous amènent d'ailleurs à souligner le mandat et la fonction joués par plusieurs CDC, tout au long des démarches. En effet, selon les propos de plusieurs des dirigeantes interviewées, les CDC ont souvent joué un rôle d'interface, d'une part entre les organismes communautaires autonomes qui en sont membres et, d'autre part, entre ces organismes et les acteurs institutionnels du milieu impliqués dans les projets cliniques. Au plan de l'implication, il semble donc que les CDC ont

été des acteurs importants, non seulement pour mobiliser et représenter le milieu communautaire, mais aussi pour faire le pont entre les représentants du secteur public et ceux de la société civile. Comme l'ont d'ailleurs rapporté ces responsables de CDC :

On a demandé au Centre de santé de venir rencontrer les groupes communautaires pour leur parler de l'élaboration du réseau local. C'est comme cela que nous avons commencé. À ce moment-là, on nous a demandé d'être l'intermédiaire entre les organismes communautaires et le CSSS. L'établissement a beaucoup apprécié ce facilitant-là. Alors, dès qu'il y avait des démarches au niveau du réseau local, c'est nous que le CSSS appelait pour savoir si c'était concluant pour les organismes communautaires. (entrevue #19 : 1)

On a organisé pour nos membres une rencontre où on a invité les gens du CSSS à venir présenter leurs projets. Les groupes communautaires ont alors pu étudier ces projets. Ils ont émis des commentaires, des critiques, et des souhaits, qui ont été pris en considération par les membres. Suite à cette première consultation sur le projet clinique, la CDC a obtenu des rencontres d'informations avec ses membres afin de connaître les enjeux, et comment ceux-ci se présentaient pour le milieu communautaire. Aussi, qu'est-ce que ça signifie ce projet-là ? C'est quoi les côtés non dits ? [...] Les tables de concertation ont alors été formellement constituées par le CSSS, qui nous a consultés concernant la composition de ces tables. (entrevue #3 : 1-2)

Notons que, c'est donc principalement à titre de partenaires du monde communautaire que les CDC ont été conviées à faire partie du processus d'élaboration des différents projets cliniques. Celles-ci ont alors joint des groupes de travail prenant différentes formes, selon les CSSS, qu'il soit question de comités, de tables de

concertation, de forums, etc. Soulignons que ces groupes de travail étaient principalement interpellés par l'amélioration des services offerts par le CSSS et les organismes communautaires de son territoire, ainsi que par des clientèles et des problématiques bien spécifiques. D'une région à l'autre, ces groupes de travail se sont donc vus confier de multiples mandats, de l'élaboration des modalités entourant l'implantation des réseaux locaux de services à l'analyse de l'offre de services, en passant par l'identification de clientèles cibles, les bilans, les recommandations, la planification, la priorisation, etc. Il en va de même pour les différents projets cliniques qui, dépendamment des régions, prennent la couleur de programmes-services ou de chantiers, chacun concerné par des préoccupations aussi variées que la délinquance, la perte d'autonomie, le logement social, la sécurité alimentaire, l'intégration des communautés ethnoculturelles, etc.

En termes de structure, on peut toutefois résumer le mode de fonctionnement le plus couramment utilisé à celui d'un comité de « pilotage » juxté à un comité d'« orientation ». Le premier (comité de pilotage) est principalement composé de cadres et de membres du conseil d'administration des CSSS. Il fait souvent figure d'instance décisionnelle. Le second (comité d'orientation) regroupe différents acteurs de la communauté. Il a typiquement pour mandat de chapeauter diverses tables de concertation qui, elles, sont constituées en fonction de thèmes bien particuliers. C'est ce que confirment ces coordonnatrices de CDC en disant :

Il y a un gros comité d'orientation. Ça, c'est toutes les directions : la direction du Centre de santé, la direction de la Commission scolaire, la direction de la MRC. Bref, toutes les directions. Pour ce qui est du communautaire, c'est là-dessus qu'on siège. Ensuite, il y a un comité de pilotage. Ça, c'est un comité des directions, mais à l'interne du CSSS. C'est vraiment les différents programmes qui se rencontrent là. Ensuite, il y a des tables de travail. Chacune de ces tables peut mettre des

choses en place [...] Nous avons la table toxicomanie, la table violence et adultes... (entrevue #25 : 2)

Ici, il y a un comité d'orientation qui chapeaute les travaux. C'est formé de gens du communautaire, du Centre de santé... Les partenaires régionaux y participent. Ce que vous avez comme comité de pilotage, c'est vraiment les cadres du CSSS. Dans les faits, c'est eux qui donnent le « ok ». On va donc à la vitesse du Centre de santé. (entrevue #8 : 2)

2.2 Projets cliniques : les participants

En ce qui a trait aux participants, il convient de rappeler que dans le cadre de l'élaboration des différents projets cliniques, les CSSS ont pour obligation de mobiliser et d'assurer la participation des différents acteurs du réseau sociosanitaire et des autres ressources de leur territoire (MSSS, 2004a : 6). Peu importe la région à l'étude, on note ainsi la présence de nombreux acteurs provenant de différentes instances, dont des établissements publics, des organismes communautaires, et de la société civile. L'exemple le plus frappant est sans doute cette région, où plus de 200 partenaires ont été consultés durant la démarche d'élaboration des projets cliniques, via 17 tables de travail. Rajoutons que le CSSS y a notamment tenu plus de 20 rencontres de consultation.

Bien que tous les projets cliniques dont il est ici question n'aient pas cette ampleur, on constate tout de même au sein de la majorité d'entre eux une grande diversité d'acteurs. On pense entre autres ici aux élus municipaux, aux membres de Commissions scolaires et aux personnels de cliniques médicales privées. Nommons aussi les représentants de Centres jeunesse, de Centre de la petite enfance, du Carrefour jeunesse emploi, etc. Une répondante évoque d'ailleurs fort bien cette multiplicité d'acteurs en mentionnant :

Au niveau des tables du réseau, il y a énormément de partenaires. Tout le monde est là. Les organismes régionaux, les hôpitaux. Il y a la Sécurité publique,

les policiers [...] Il y a aussi des représentants de la SADC, du CLD, et d'Emploi Québec. (entrevue #13 : 2)

Toutes ces ressources n'ont certes pas été appelées à jouer un rôle central dans l'élaboration des divers projets cliniques. Pas plus qu'elles n'ont été en mesure de s'impliquer avec une même prégnance dans ces démarches. De façon générale, il semble toutefois que le mot clé pour décrire la participation des différents acteurs soit la « représentativité ». Cette dimension apparaît comme ayant été la principale préoccupation des décideurs du CSSS au moment de l'identification des partenaires. On constate ainsi la présence du milieu communautaire dans chacun des projets cliniques, à la fois par l'entremise de la CDC et de divers organismes communautaires locaux ou régionaux. Retenons enfin la participation de représentants du secteur l'économie sociale dans plusieurs projets cliniques, de même que la tenue, dans quelques cas, de rencontres de consultation publiques auprès de la population.

2.3 Projets cliniques : la prévention et les déterminants sociaux de la santé

Avant d'envisager l'espace qu'occupe la dimension de la prévention et des déterminants sociaux de la santé dans l'élaboration des projets cliniques, il convient de faire un détour du côté des démarches entreprises au début des années 2000 par la plupart des CLSC concernant l'élaboration d'un plan d'action local en santé publique (PAL-SP). Ces démarches prennent racine dans la Loi sur la santé publique adoptée en décembre 2001 (Québec, 2001a), qui prévoit l'élaboration d'un programme national de santé publique. Cette loi précise que ce programme doit contenir des orientations, objectifs et priorités en regard de la surveillance de l'état de santé, de la prévention et de la promotion de la santé, et qu'il doit ensuite être suivi de plans d'action régionaux et locaux conformes aux prescriptions du Programme national de santé publique. Mentionnons aussi que la Loi de la santé publique désigne les établissements avec mission CLSC comme étant les mandataires légaux de la mise en œuvre des plans d'action locaux en santé publique dont un des objectifs

poursuivi est de développer des activités permettant d'intervenir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être (dont les habitudes de vie, l'environnement social et l'environnement physique) en misant sur l'action intersectorielle et le partenariat entre les ressources du territoire (Ellyson, 2006). Dans ces circonstances, il est pertinent de se demander dans quelle mesure le contenu des projets cliniques peut toucher la prévention et les déterminants sociaux. Lorsqu'on interroge les dirigeantes de CDC, on s'aperçoit d'ailleurs que les démarches d'élaboration des projets cliniques n'abordent pas toute la question sous un même angle, suivant les régions. À titre d'exemple, considérons les propos de deux répondantes :

La prévention est une grosse partie du projet comme tel. Il y a le développement de l'action en amont des problèmes de santé, par le biais de la promotion de la santé et de la prévention, en se basant sur les données probantes nationales. Il y a les mesures assurant l'accessibilité à des actions de prévention, de promotion et de santé, en respectant les réalités du territoire. Il y a la réalisation d'actions dans la communauté impliquant les différents partenaires intersectoriels; l'action sur les conditions de vie des populations vulnérables [...] On parle de mise en place de pratiques cliniques préventives recommandées. (entrevue #09 : 3)

En laissant beaucoup de place aux organismes communautaires, notre projet touche les éléments de prévention, je pense. En tout cas, les organismes communautaires se chargent de rappeler au CSSS que c'est bien beau le cancer, mais que la pauvreté est vraiment un déterminant de la santé. Ce sont des choses qui sont ramenées fréquemment, et d'ailleurs, avant de commencer, le CSSS a fait un portrait de santé de la population qui ne traite pas juste de l'incidence du cancer, mais aussi du taux de pauvreté, le nombre de familles monoparentales, tous des aspects qui peuvent être des

déterminants de la santé. (entrevue #01 : 3)

À l'opposé, voici ce que deux autres responsables de CDC ont répondu lorsqu'elles ont été appelées à se prononcer sur la place de la prévention et des déterminants sociaux de la santé dans les projets cliniques de leur région :

Pas beaucoup, c'était très clinique, autour de cibles prioritaires du ministère [...] On ne s'est pas arrêté en tant que tel à quel déterminant de la santé et sur chacune des actions qui étaient posées à l'intérieur du réseau. (entrevue #11 : 3)

Je crois que cela n'est pas majeur. C'est vraiment plus médical. Si on regarde le continuum, c'est axé sur la santé [...] Je dirais que ça touche plutôt l'intervention individuelle. (entrevue #21 : 3)

Cela dit, on observe tout de même une certaine constante dans le discours des personnes interviewées. La plupart d'entre elles s'entendent notamment pour dire que la question de la prévention et des déterminants sociaux de la santé est un enjeu important de la démarche des projets cliniques, mais que le contexte organisationnel représente un frein important. Nous en tenons pour exemples ces quelques explications de responsables de CDC :

Je dirais que, pour l'instant, on le prend très large. Quand on regarde au niveau des valeurs et des priorités d'action, cela englobe la prévention et des déterminants sociaux. Il y a donc en ce moment une volonté, sur papier, d'englober ces aspects. Mais c'est sûr qu'il va y avoir des cibles à prioriser... (entrevue #16 : 2)

C'est le défi de ces tables-là. La description du mandat des tables va dans cette direction-là. Il ne faut pas être naïf. Les tables ont un mandat, mais en même temps, le Ministère donne des priorités. En exemple, à une table de personnes âgées en perte d'autonomie, ce dossier-là est une priorité de l'État à l'heure

actuelle, et on sait que l'argent va être disponible. Les groupes qui vont travailler à cette table risquent d'avoir des moyens plus concrets d'influencer et d'agir que d'autres tables qui ne représentent pas des priorités pour l'État. C'est ça l'enjeu de ces tables-là. Le projet clinique veut répondre aux besoins d'une population spécifique, mais est-ce que l'établissement va avoir le moyen de ses projets ? [...] Il y a les priorités de l'État, du Ministère comme tel, celles de l'Agence régionale, et aussi les priorités que pourrait nous donner le CSSS. (entrevue #03 : 4-5)

Lorsqu'on a rencontré le CSSS, ils ont identifié la cible principale comme très locale. Ils voulaient un réseau local basé sur les besoins de la MRC et sur les besoins que la population locale avait. Mais, il est certain que lorsque sont arrivées les priorités ministérielles, le Centre de santé l'a dit, il va tenter d'avoir de grosses parts sur ce que le Ministère a priorisé. Ils disent qu'il faut savoir « valser », car il faut aller chercher l'argent du Ministère. Ainsi, ils mettent de côté les besoins locaux. (entrevue #19 : 3)

Il semble donc que les dirigeants de CSSS reconnaissent l'importance de la prévention et des déterminants sociaux de la santé mais que, dans la réalité, cela n'en fait pas des priorités pour autant. Ces propos suggèrent que la teneur des divers projets cliniques se trouve influencée par différents éléments du contexte organisationnel, dont les priorités ministérielles et l'approche par programme. Cette approche résulte de la responsabilité populationnelle qui est, telle que nous l'avons déjà mentionné, le principe directeur de la mise en œuvre de ce nouveau mode de planification des services : les réseaux locaux de services (MSSS, 2004a). Ce type d'approche se traduit en termes de pratique par l'utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité souhaitée, mais aussi par la priorisation des problèmes de santé de la population et une gestion axée sur les résultats quantifiables. Pour ce faire, la tendance est du

côté de l'uniformisation des services et l'adoption de pratiques reconnues comme étant les meilleures (best practices). Une attention toute particulière est alors accordée à la mesure et aux indicateurs de résultats qui sont au cœur des ententes de gestion que doivent signer les CSSS avec leur Agence régionale sous la supervision du MSSS. Ajoutons, qu'avec le nouveau modèle proposé, ce sont maintenant les neuf programmes-services qui déterminent le financement que reçoit chacun des CSSS (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2005 : 1).

Certains appréhendent la prédominance de la perspective curative ainsi que l'impact des ententes de gestion dans la programmation des services de santé et des services sociaux (Caillouette et Ellyson, 2006). Les réponses de responsables de CDC concernant le lien entre la prévention, les déterminants sociaux et les projets cliniques vont d'ailleurs en ce sens lorsque celles-ci mentionnent :

Un CSSS, ça a des programmes, peu importe le champ d'intervention. Ce que je comprends du projet clinique, c'est que c'est les grandes valeurs que l'on doit ensuite retrouver dans l'application des programmes. C'est sûr que des fois, l'approche par programme, ça peut être questionnable au sens de dire : est-ce que c'est la meilleure approche si l'on veut être transversale face aux déterminants de la santé et aux inégalités sociales ? Ça peut nous coïncider [...] En termes de marge de manœuvre, il y a des questions monétaires et c'est là que le « bogue » des programmes limite la chose [...] Il y a de l'ouverture, c'est présent dans le projet clinique et je pense que c'est leur volonté de faire, mais dans la réalité, la question de la prévention a tendance à partir rapidement. (entrevue #30 : 5)

Pour ce qui est du chantier jeunesse/famille, il y a certains aspects qui touchent la prévention. Pour ce qui est de santé mentale, on ne sait pas encore. On peut espérer. C'est certain

que les groupes communautaires vont pousser dans ce sens-là. Mais est-ce que cela va fonctionner ou est-ce que la volonté du CSSS va être au niveau de baisser les listes d'attentes ? Dans ce sens-là, c'est dans le curatif et non dans le préventif [...] Ce n'est pas facile pour ceux qui travaillent au CSSS au niveau de la prévention/promotion. Ils sont la bête noire parce que ce ne sont pas eux qui sont en mesure de faire baisser la liste d'attente à court terme [...] Je crois qu'ils sont présentement beaucoup dans le curatif. On veut diminuer les listes d'attentes parce que ça coûte des sous. Donc, le préventif, on n'y pense même pas. (entrevue #17 : 3)

Concernant la prévention et les déterminants sociaux de la santé dans les projets cliniques, on retient donc deux tendances centrales : leur présence via le communautaire, ou leur absence en raison de la prédominance du médico-curatif. On note également que la prévention et les déterminants sociaux de la santé sont des enjeux importants des projets cliniques, mais que le contexte organisationnel est un frein majeur (priorités ministérielles, approche par programme, ententes de gestion).

2.4 Projets cliniques et milieu communautaire : les impacts, les forces et les limites

Les dirigeantes de CDC rencontrées dans le cadre de cette recherche estiment que les démarches d'implantation des projets cliniques comportent à la fois des avantages et des inconvénients. À preuve, elles ont abordé la question des impacts (actuels ou prévisibles) pour les organismes communautaires en termes tout autant positifs que négatifs.

2.4.1 Les impacts du processus des projets cliniques

Sur le plan des avantages, plusieurs aspects ont été évoqués. Parmi ceux-là, on retient notamment que les démarches d'implantation des projets cliniques sont souvent perçues comme un lieu de rencontre pertinent pour les

ressources du milieu. Cela s'avère un impact positif puisque cela permet un croisement significatif entre les acteurs du secteur communautaire et ceux du secteur public, qui se voient ainsi offrir une opportunité de se sensibiliser mutuellement à leurs préoccupations respectives. C'est ce qu'évoquent ces responsables de CDC en disant :

Le projet clinique permet d'éclaircir des choses, dont concernant les ententes de services [...] Il a comme impact un rapprochement, une meilleure communication et une meilleure compréhension entre tous ceux qui travaillent dans les comités aviseurs. Des ponts se créent davantage entre le milieu communautaire et institutionnel. (entrevue #6 : 3)

Ça permet aux groupes communautaires de se présenter, de démontrer leur crédibilité et leurs actions aux autres partenaires. On a de la misère à se faire connaître par les gens du Centre de santé. En étant sur les tables, ça nous donne donc l'occasion de dire ce que l'on fait, qui on est. On démontre notre crédibilité et notre professionnalisme. (entrevue #8 : 3)

Je pense que les gens vont apprendre à travailler ensemble. Ils vont apprendre à se connaître et respecter ce que chacun fait. Avant d'être capable de travailler ensemble, c'est l'essentiel. En travaillant dans ce comité-là, on s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup d'organismes et de personnes qui ne connaissaient pas ce qui se faisait déjà sur le secteur. Donc, cela serait le premier impact et le deuxième serait l'amélioration du travail en partenariat. (entrevue #13 : 4)

On constate donc que les projets cliniques peuvent représenter une occasion pour les différentes ressources d'un milieu d'apprendre à travailler ensemble. Ces démarches produisent un lieu d'échanges qui rassemble des acteurs de différents milieux et cela contribue possiblement

à canaliser les énergies autour de projets communs. Comme le souligne d'ailleurs cette coordonnatrice de CDC :

Le projet clinique donne un cadre potentiellement intéressant de partenariat entre les organismes communautaires et l'établissement de santé. Cela ouvre des portes. Dans certains domaines, les portes étaient déjà ouvertes, on va donc aller un peu plus loin. Dans d'autres domaines, il faut les ouvrir ces portes-là. Il faut que les gens apprennent à se connaître, à se reconnaître et à travailler dans le respect de l'autonomie de chaque instance. J'ai participé à des rencontres l'an passé où l'on découvrait que si le réseau public a des préjugés vis-à-vis le milieu communautaire, parfois, le milieu communautaire a également des préjugés face au réseau public. Le projet clinique, c'est donc l'occasion que les gens se connaissent, se reconnaissent et qu'ils sachent ce qui est à l'un et à l'autre. De plus, il faut savoir en quoi on peut être complémentaire et en quoi on peut être différent [...] Le projet clinique est donc une piste de partenariat entre le communautaire et le réseau public (entrevue #3 : 4)

Cette occasion de rencontre entre le réseau public et le milieu communautaire ne serait pas négligeable, particulièrement lorsqu'on envisage l'historique de leur relation. En effet, si ces deux milieux ont parfois des visions qui les opposent, les projets cliniques peuvent s'avérer être une opportunité de collaboration renouvelée. C'est ce que confirment ces responsables de CDC lorsqu'elles mentionnent :

C'est positif parce que ça représente une seconde chance de s'impliquer avec le réseau, malgré des expériences négatives, pour qu'on communique mieux et qu'on s'informe davantage. Ça devrait aussi contribuer à ce qu'on se réfère mieux la population et qu'on puisse mieux répondre à ses besoins. Par le passé, il y en a qui sont sortis amers

de ces expériences-là... (entrevue #14 : 4-5).

Il y a une grande méfiance entre les groupes communautaires et le Centre de santé. C'est dû aux individus et au passé, j'imagine. Ça pourrait être une occasion de tourner la page et de commencer avec du nouveau... (entrevue #27 : 4)

Le renforcement du partenariat entre le CSSS et les organismes communautaires de son territoire est d'ailleurs le scénario qui semble se concrétiser dans certaines régions. Une directrice de CDC explique comment en disant :

Je dirais que ça a permis de sécuriser notre partenariat. Dans le sens qu'avant que le CSSS se mette en place, toutes les craintes étaient énormes. Je pense qu'il y a des éléments de base qui sont nommés, dont le respect de notre autonomie. Par exemple, ils vont nous dire qu'ils vont nous associer à chaque fois qu'il y aura des définitions d'allocation budgétaire. Le CSSS devait être mandaté pour gérer les budgets, mais ils vont nous associer à cela. Donc, je trouve qu'il y a un élément de sécurisation pour les groupes communautaires. Cela donne aussi le ton dans nos partenariats [...] On a un comité de médiation où la CDC et le CSSS s'assoient ensemble et parlent des irritants, des choses qui ne vont pas bien dans les dossiers. Tu vois, c'est un espace où l'on peut nommer nos affaires [...] Moi, je sens que lorsque je m'en viens négocier ou que je signale des malaises, je sens qu'il y a de l'ouverture, de l'écoute et que l'on est en mode de trouver des solutions ensemble. (entrevue #30 : 6)

Sur le plan des **impacts de type négatif**, on remarque que les thèmes ressortis sont majoritairement liés à la question du financement et de l'autonomie des organismes communautaires. Rappelons, qu'avec le nouveau modèle proposé, ce sont maintenant les neuf

programmes-services qui déterminent le financement que reçoit chacun des CSSS. Pour soutenir cette démarche, les méthodes d'allocation budgétaire aux établissements passent graduellement d'un mode historique à un mode populationnel fondé sur des indicateurs relatifs des besoins et les montants disponibles (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2005 : 1). Rajoutons aussi que dans leur mandat de coordination des services de santé et sociaux en vue de répondre aux besoins de la population de leur territoire, les CSSS sont notamment tenus de préciser les éléments de l'offre de service et les paramètres devant être contenus dans les ententes de services ainsi que préciser les rôles et les responsabilités des acteurs (MSSS, 2004a : 12). Selon ce scénario, et en conformité avec la Politique gouvernementale de reconnaissance de l'action communautaire (Québec, 2001b), les groupes communautaires recevront donc du financement à partir, soit 1) de la mission globale, 2) des ententes de services, ou 3) des projets ponctuels.

Dans ces conditions, on comprend que des responsables de CDC redoutent de voir certains organismes communautaires modifier leur mission en fonction de ces ententes de services. Plusieurs de ces personnes appréhendent également l'éventuelle prégnance de la reddition de comptes, en même temps que de voir leurs membres se transformer en main-d'œuvre à bon marché. C'est cela que rapportent ces coordonnatrices de CDC en disant :

Les organismes pourraient devoir redéfinir leur mission s'ils veulent pouvoir se repositionner pour avoir des subventions [...] Si les budgets sont attachés à des demandes précises ou à des ententes de services, des fois c'est l'appât du gain. Il pourrait y avoir des organismes qui pourraient changer leur mission pour avoir la subvention. (entrevue #22 : 3)

C'est certain qu'il y a des enjeux pour les groupes communautaires, notamment d'aller au-delà de leur mission. Ils devront faire attention de ne pas signer n'importe quoi, à n'importe

quel prix. [...] Il y a une possibilité de danger dans la reddition de comptes, car nous ne tenons pas de dossiers. Cela va peut-être changer notre façon de faire. Par exemple de devoir débiter la tenue de dossiers afin de faire des suivis [...] Ils parlent souvent du continuum de services, mais pour ce faire, cela va prendre des redditions de comptes, donc de tenir des dossiers individuels. (entrevue #27: 2-3)

Par contre, un impact négatif serait de faire la « job » de la santé publique à moindre coût (entrevue #14 : 5)

Aux yeux de nombreuses dirigeantes de CDC interviewées, cette question du financement se trouve d'ailleurs intimement liée à celle de l'autonomie et c'est pourquoi elles craignent pour l'indépendance des organismes communautaires, comme le soulignent deux de ces répondantes :

Si on signe des ententes avec le CSSS sur une période de temps, nous craignons que cela puisse déroger de la mission de l'organisme communautaire. On va espérer que les organismes vont s'en tenir à leur mission, soit au travail qu'ils font et aux services qu'ils offrent [...] Quand on parle du respect de l'autonomie du communautaire, c'est beaucoup dans la signature des ententes que l'on va le voir. S'il y a des sous, mais qu'on ne respecte pas la mission, c'est là qu'on va le voir. (entrevue #17: 4)

Je ressens une espèce de méfiance des organismes communautaires envers le CSSS [...] Si c'est eux qui décident où va l'argent, ça peut changer la logique entre l'établissement et les ressources communautaires. Est-ce que ça va prendre la forme d'un volet plus hiérarchique, entre le CSSS qui va pouvoir décider des sous qui seront donnés aux organismes communautaires ? C'est un risque, surtout avec la menace qui plane qu'il y ait des ententes

de services qui soient créées entre les organismes communautaires et le CSSS. Avec les ententes de services, on parle de tous les enjeux d'autonomie des organismes communautaires par rapport à leur mission [...] L'autre impact serait que les organismes communautaires deviennent des petits CLSC, qu'il faille seulement donner des services et que tous les objectifs des organismes communautaires de transformation sociale, d'action sociale, de défendre leur point de vue, d'aller dans la rue, qu'ils n'aient plus de temps à donner là-dedans parce qu'ils ont des ententes de services à remplir et qu'il faut qu'ils donnent du service. À ce moment-là, moi j'appelle ça des minis CLSC. (entrevue #1: 3-4)

L'élaboration des projets cliniques soulève donc l'enjeu de l'autonomie des organismes communautaires relativement aux ententes de services et à la reddition de comptes. Une des interrogations centrales concernant cette autonomie est, notamment, de savoir si les CSSS auront recours à des mécanismes de suivi de gestion leur permettant d'assumer leur responsabilité, tout en respectant la réalité et le mode d'organisation des services communautaires.

2.4.2 Les forces

Selon les propos de la majorité des responsables de CDC interviewées, il semble que la principale force de la démarche d'élaboration des projets cliniques soit reliée à la question de la concertation. Plusieurs d'entre elles ont beaucoup apprécié que leur CDC soit invitée à faire partie de la démarche. Dans l'ensemble, on peut dire qu'elles sentent que le point de vue du communautaire a été à la fois entendu, et respecté. En outre, le climat d'ouverture, d'échange et d'information est un élément qui est revenu plus d'une fois dans les entrevues. Nous en tenons pour preuve ces quelques commentaires :

Présentement, je trouve qu'au niveau de la consultation et des travaux, c'est très

démocratique. Il y a vraiment une ouverture au niveau des personnes qui chapeautent les chantiers [...] Il y a aussi beaucoup d'écoute pour mieux comprendre les différences, ce qu'il n'y avait pas avant. (entrevue #16: 2)

On a senti que l'établissement consultait les organismes communautaires, qu'il tenait à avoir leur avis. L'établissement n'a pas uniquement consulté des organismes de base, il a aussi consulté les regroupements [...] Dès le départ, cela a été très bien accueilli par les organismes communautaires. On l'a grandement apprécié. (entrevue #3: 5)

J'estime qu'il y a beaucoup de respect. Par exemple, j'ai demandé s'il pouvait y avoir plus d'organismes qui participent, on m'a répondu que oui. J'ai senti beaucoup d'écoute. Je n'ai pas senti que le réseau est en haut et que les organismes sont en bas. Il y a eu beaucoup d'information. Ils sont venus à plusieurs reprises à la table d'information afin de nous expliquer la nature du projet clinique. (entrevue #6: 3)

Plusieurs répondantes soulignent également le caractère rassembleur de la démarche. La consultation « at large » et l'action concertée rattachées à certaines démarches d'élaboration de projets cliniques sont perçues comme une force, tels qu'en témoignent ces propos :

Je crois que le fait que les organismes ont été impliqués dès le départ, c'est positif [...] L'implication des gens a été la même du début du processus, jusqu'au dépôt du plan d'action [...] Le fait que tout le monde est autour de la table, ça permet d'avoir une vision globale des situations et on ne reste pas enfermé dans chacun de nos champs d'action. (entrevue #13: 5)

La consultation large a été un élément positif. Je dirais aussi l'attitude. Les gens du CSSS sont vraiment débarqués

en voulant inviter les gens, pas en voulant imposer quelque chose. On sentait vraiment qu'il y avait un espace pour modifier les affaires. On sentait que c'était une entrée en relation. (entrevue #30: 7)

Le côté rassembleur est intéressant, comme le côté de ne pas avoir de dédoublement aussi. (entrevue #19: 4)

De nombreuses responsables de CDC ont apprécié que les démarches d'élaboration de projets cliniques conduisent à dresser un portrait sociosanitaire global de leur territoire respectif. On sait que dans le cadre de ses nouvelles responsabilités, le CSSS est tenu d'établir le portrait des besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à l'aide d'indicateurs permettant d'établir les profils démographiques, socio-économiques, sociosanitaires, et d'utilisation des services. Cet établissement doit également inventorier les ressources et services actuellement disponibles pour répondre à ces besoins (MSSS, 2004a : 12). Or, comme l'a souligné cette répondante :

Ça nous a permis de faire une meilleure lecture des problématiques qu'il y a dans notre région, mais aussi de savoir qui fait quoi, pour les services [...] Il y a aussi un enjeu de rapprocher les organismes communautaires du CSSS. Cela permet aux organismes communautaires de discuter de leurs services, et les organismes nous disent que c'est très bénéfique. Par exemple, les établissements régionaux connaissent souvent très mal les organismes communautaires de la région, donc ça permet dans le cadre des continuums de discuter entre eux de ce qu'ils font et d'avoir une meilleure connaissance des ressources, donc ça, c'est un élément positif des projets cliniques. (entrevue #1: 3-4)

2.4.3 Les limites

Des limites et des insatisfactions ont été exprimées par les responsables de CDC au

regard de l'élaboration de projets cliniques. Parmi celles-là, une insatisfaction qui est revenue dans de nombreuses entrevues est liée à la vitesse avec laquelle ces démarches ont été accomplies. En fait, plusieurs estiment que le processus d'élaboration des projets cliniques a été quelque peu précipité, et que cela a eu des répercussions néfastes sur différentes dimensions de la consultation, dont sa qualité, sa pertinence, et la participation. C'est ce que confirment ces dirigeantes de CDC en disant :

Ce que l'on sent actuellement, c'est que nous sommes tassés. Nous avons peur. D'un côté, on se fait dire qu'il y a une date limite, mais de l'autre, on se fait dire que nous pouvons faire cela quand nous voulons. Nous, on a l'impression qu'on va nous faire « avaler » la chose lorsqu'il n'y aura plus de temps [...] Au niveau des groupes communautaires, on craint de se faire présenter les projets et qu'on nous dise : « que ça fasse votre affaire ou non, c'est parce que nous n'avons plus de temps ». (entrevue #17: 2)

Dans ce cas, le processus était un peu serré dans le temps [...] Je pense que c'est peut-être cela qu'ils ont manqué [...] On aurait gagné à avoir un regard plus transversal et plus général. Là, ce qui arrivait, c'était comme du « one to one » avec les partenaires. Ils débarquaient dans une priorité, dans une concertation, mais qui a eu la vue d'ensemble du projet clinique ? Pas grand monde, parce que cela s'est passé trop vite. (entrevue #30 : 7)

Chez nous, la rapidité de la rédaction du projet clinique, ça a été une erreur compte tenu de la grosseur du territoire. Parce qu'en voulant aller très vite, on ne s'est pas donné le temps de mobiliser. On a fait des invitations à droite et à gauche, comme bon nous semblait. Il y a des gens qui se sont ramassés là, appelés la veille d'un conseil municipal, pour dire que le monde municipal était représenté. (entrevue #11: 5)

Une autre insatisfaction revenant fréquemment dans le discours des personnes interviewées se rapporte au coût de la démarche. Ces dernières estiment notamment que le processus d'élaboration de projets cliniques représente un investissement de temps et d'argent considérable, ce qui peut certes devenir un obstacle pour les acteurs du milieu communautaire. Plusieurs responsables de CDC ont d'ailleurs rappelé l'état de précarité que vivent beaucoup de ces organisations, tant sur le plan des ressources humaines que financières, et les restrictions conséquentes que cela pose pour elles. On retient donc ici un défi de moyens, qui se traduit souvent par un écart entre la réalité des organisations publiques et celle des organismes communautaires. Comme certaines répondantes l'ont fait valoir :

Les limites sont liées à une question d'argent. Les organismes communautaires sont pauvres et se faire demander plus qu'ils en font déjà, ce n'est pas évident. Ils vont devoir être en mesure d'imposer leurs limites. Les organismes ne seront pas plus riches à cause du projet clinique. Il y a un risque d'épuiser le communautaire qui ne peut répondre à tout. (entrevue #6: 3)

Ça demande beaucoup de temps, au point de se demander si les organismes communautaires passent trop de temps dans les consultations du CSSS. Ils n'ont plus de temps à se questionner sur leur mission, sur leurs objectifs. Ça leur donne moins de temps pour accomplir leur tâche et ça fatigue beaucoup [...] Il y a des organismes communautaires qui vont participer à 3 continuums, ça fait 3 rencontres à toutes les 6 semaines. C'est donc beaucoup d'énergie à déployer pour les organismes communautaires qui n'ont déjà pas beaucoup de ressources. (entrevue #1: 6)

Au sujet des limites, il y a des responsables de CDC qui s'interrogent également sur le bien-fondé de la démarche d'élaboration des projets cliniques, entre autres en termes de résultats. Des intervenantes questionnent aussi la validité

et la pertinence des consultations qui en résultent. Voici d'ailleurs ce que certaines de ces personnes ont mentionné à ce sujet :

En ce moment, oui, on fait partie du projet clinique. On peut être là sur les chantiers, on peut donner notre point de vue, mais est-ce qu'ils nous entendent ou nous écoutent ? Ça, c'est une autre chose. Il y a beaucoup d'inconnu. Nous avons l'impression qu'il y a un agenda caché. Dans ce temps-là, les groupes sont très craintifs par rapport à ce qui se passe; il y a des questionnements. (entrevue #17: 4)

Aux tables, on voyait qu'il y avait un certain clivage entre le langage des gens du communautaire et ceux de l'établissement. Ce n'est pas tout à fait le même langage. Si on ne fait pas attention, cela peut devenir une limite sur des tables, à savoir que l'établissement va avoir une grille d'analyse, un langage ou une approche différente que ceux provenant du communautaire. [...] Peut-être que cela va devenir frustrant, car nous allons déterminer une priorité, mais l'État peut ne pas avoir les mêmes priorités donc, les sous ne seront pas là. On va avoir un beau portrait, de bonnes idées, mais on n'aura pas les moyens de le faire. (entrevue #03: 6)

Ce que je sens au niveau CSSS, c'est qu'ils veulent bien qu'on soit là, mais ils veulent contrôler le nombre de personnes. Ils ne veulent pas que l'on soit trop, pour qu'on n'ait pas de pouvoir [...] Je ne sens pas que l'on a beaucoup de place pour changer les choses. Les organismes communautaires et les gens vont embarquer dans les continuums, mais je ne sais pas la capacité d'influence de leur pratique. C'est tellement différent du réseau que je ne sais pas comment ils vont les faire changer. (entrevue #21: 4)

Il convient sans doute ici de faire un lien entre la pertinence questionnée des projets cliniques et le contexte organisationnel dans lequel ces projets s'élaborent. Plusieurs responsables de CDC interviewées ont effectivement identifié la lourdeur des structures et des modes de fonctionnement public en tant que frein à la consultation et à l'action. Ce genre de limite rappelle également les différences dans les façons de faire entre les instances publiques et les instances communautaires, comme le rapportent d'ailleurs ces répondantes :

Le fait que nous n'avons pas la même approche et que le système du réseau est gros, c'est long. C'est compliqué de rejoindre les personnes [...] Les approches sont bien différentes [...] L'approche populationnelle, c'est un grand mot. Reste tout de même qu'ils agissent sur le curatif. Ils veulent tendre vers le préventif, mais cela ne fait pas partie de leurs habitudes de travail. Sur les différentes approches, selon eux, ils sont recevants. Ils fonctionnent de manière hiérarchique, alors que nous, ce n'est vraiment pas ça. Nous essayons d'y aller le plus démocratiquement possible. (entrevue #27 : 4).

Si l'on prend juste la structure, c'est une structure très lourde. Oui, elle inclut la base, mais un moment donné, elle peut l'oublier assez vite, en fonction des priorités ministérielles et d'un paquet d'autres choses que des réalités du terrain. Ce que l'on voit aussi, c'est que c'est une structure lourde et qui a effectivement de la misère à descendre. Elle sollicite le bas, mais elle a de la misère à redescendre. [...] Pour moi, c'est logique, mais c'est beaucoup trop. En Santé publique, ils ont beaucoup de programmes avec de petits budgets. Ils ont trop de programmes, et ces programmes ont des attentes de résultats assez exigeantes. Donc, des fois, ce n'est pas toujours réaliste entre ce que le terrain est capable de donner et les attentes des programmes. (entrevue #25: 4)

On sent que c'est une grosse boîte et que c'est à l'interne que c'est plus problématique pour les décisions à prendre [...] Le négatif, c'est que nous sommes peut-être plus éloignés de la plus grosse boîte, dans le terme de vigilance et de suivi. Avant, la direction générale venait à toutes les activités et on la voyait toujours. Le fait que c'est une plus grosse boîte fait que la direction générale est plus loin. On ne la voit pas régulièrement. Donc, le rapport est modifié. Cela nous oblige à créer de meilleurs liens. (entrevue #30 : 6).

Ces commentaires soulèvent la question des conséquences des fusions d'établissements sur le rapport entre les CSSS et leur milieu. Toutes les régions ne sont évidemment pas affectées dans la même mesure par ces changements, mais les propos de ces deux coordonnatrices de CDC évoquent bien le type d'incidence que cela peut avoir dans l'élaboration de projets cliniques, entre autres au plan de l'organisation et de la participation :

Maintenant, on est un seul territoire, mais ça reste quand même 3 régions et 3 populations qui sont différentes [...] Ce n'est pas un découpage territorial facile et comme il y a des problèmes de communication, je pense que lorsque tu ouvres la porte à la consultation et quand tu es déjà dans un territoire où au niveau de la santé et du réseau public, il n'y a pas une région qui fonctionne pareil, je crois qu'il y a de la pression et un vécu, aussi. (entrevue #14 : 6).

En termes d'impacts de nos discussions avec notre CSSS, c'est que l'on sent : une volonté de fusion des établissements. Ce n'est déjà pas évident quand on part d'établissements qui avaient des politiques, des procédures et des orientations différentes. Mais là, on harmonise à l'interne et on sent qu'on voudrait que le réseau communautaire, qui a des identités très locales, se module à ce nouveau découpage-là. Nous on est habitués sur notre territoire de fonctionner par territoire de MRC [...] Donc, centraliser les directions, l'accessibilité, l'échelle des programmes et tout ça, ça a eu un ralentissement pour les ententes de partenariat qu'il y avait. C'est peut-être plus la fusion que les projets cliniques, mais c'est comme ça que fonctionne ici le projet clinique à l'intérieur de ce modèle-là [...] On sent donc un éloignement entre le milieu communautaire et les CSSS et un alourdissement des procédures [...] Dès qu'il y a une initiative ou quelque chose qui ne se fait pas sur tous les secteurs, on panique dans le réseau de la santé. Si on le fait chez-vous, est-ce que les autres vont le demander ? Ils sont plutôt portés à niveler par le bas, dans un souci d'harmonisation. Cela ne colle pas bien avec notre façon de travailler dans le communautaire qui respecte les couleurs locales. (entrevue #11: 3-4)

Concluons ici le chapitre avec ce tableau qui dresse un portrait des principaux constats concernant les processus d'élaboration des projets cliniques du point de vue des répondantes des CDC.

Les impacts	
<p><u>Type avantage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lieu de rencontre et réseautage ▪ Occasion de sensibilisation mutuelle ▪ Concertation sur des priorités locales et des projets communs 	<p><u>Type désavantage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Énergivore en temps et en argent ▪ Risqué pour l'autonomie du communautaire avec les ententes de services et la reddition de comptes (sous-traitance) ▪ Faiblesse des moyens (argent neuf)
<p><u>Forces du processus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation large et qualité de la concertation qui joue un rôle rassembleur ▪ Climat d'ouverture, d'échange, d'écoute et respect du point de vue du communautaire ▪ Identification du portrait sociosanitaire global du territoire et des priorités locales 	
<p><u>Limites du processus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vitesse et échéancier trop rapides qui menacent qualité, pertinence et participation ▪ Incertitude quant aux résultats concrets ▪ Disproportion entre le poids des priorités locales VS les priorités ministérielles ▪ Lourdeur des structures et modes de fonctionnement des CSSS (surtout ceux récemment fusionnés) ▪ Tendance administrative à l'uniformisation des territoires des CSSS issus de fusions 	

Chapitre 3 : Analyse des 13 CDC non participantes au(x) projet(s) clinique(s)

Ce chapitre se rapporte aux 13 entrevues menées auprès d'autant de responsables de CDC afin d'analyser la non-implication de ces organismes dans un processus de projet clinique avec le CSSS. Dans cette optique, il sera principalement question des différents motifs pour lesquels ces CDC n'ont pas participé aux différentes démarches se rapportant aux projets cliniques.

3.1 Les causes influençant la non-participation de certaines CDC

Plusieurs éléments doivent être pris en considération pour expliquer la non-participation de certaines CDC dans les démarches de projets cliniques avec le CSSS. On constate que tout ne peut uniquement se rattacher à une seule cause et que plusieurs facteurs influencent cette non-participation que l'on peut regrouper en trois catégories.

La première catégorie regroupe sept CDC qui n'ont pas été invitées à participer aux démarches de projets cliniques. Dans cinq de ces cas, le CSSS a décidé d'interpeller directement des

organismes communautaires ciblés en fonction des programmes-services couverts par le(s) projet(s) clinique(s) (Perte d'autonomie liée au vieillissement, Santé mentale, Jeunes en difficultés, etc.). Dans les deux autres cas, le CSSS a plutôt fait appel à la TROC (Table régionale des organismes communautaires). La seconde catégorie est constituée de quatre CDC qui ont été conviées à participer à diverses rencontres de planification des projets cliniques. On constate alors que le processus d'élaboration n'est pas véritablement débuté ou qu'il comporte encore plusieurs zones grises, dont l'identité et le rôle des participants. Enfin, la troisième catégorie rassemble deux CDC dont l'une a vu son offre de collaboration refusée par le CSSS et l'autre qui fait partie d'une région où le CSSS ne semble pas vouloir impliquer d'acteurs communautaires dans son processus d'élaboration des projets cliniques.

3.2 Les positions des CSSS à l'origine de la non-participation des CDC

Les différentes entrevues font ressortir la pluralité des positions adoptées par la CSSS concernant la participation des CDC dans les démarches de projets cliniques. Dans certains

cas, on remarque que ces établissements ont préféré faire directement appel à des groupes communautaires plutôt que de passer par l'entremise de la CDC. Les CSSS ont pris en compte les organismes communautaires d'un point de vue sectoriel, selon le programme-service concerné par les projets cliniques mis en branle. Certains CSSS ont donc décidé de ne pas faire appel à la CDC afin de faire le lien avec l'ensemble du milieu communautaire. Soulignons que diverses CDC ont pourtant fait des démarches auprès de leur CSSS mais que, malgré ces efforts, celles-ci n'ont pas eu d'implication au sein des projets cliniques. C'est ce que confirme cette coordonnatrice de CDC en disant :

Au niveau des projets cliniques, nous n'y sommes pas [...] Le CSSS ne nous a pas interpellés, malgré le fait que nous les avons interpellés [...] Présentement, c'est du Centre de santé à organismes direct [...] Ils le font beaucoup de manière pièce à pièce. Le projet clinique des personnes en perte d'autonomie, il y a tant d'organismes et ils décident qui peut venir. Ils n'ont pas le volet concertation ou observation qui pourrait être fait par leurs organisateurs communautaires ou par la CDC. Pour eux, cela n'est pas important. Ils font du cas par cas présentement et ceci peut être préoccupant. (entrevue #20 : 1-2)

Dans d'autres cas, on constate que la mouvance du personnel-cadre au sein des CSSS complique la création et le maintien de liens avec les différents acteurs concernés par le projet clinique. Il semble, entre autres, que le fait qu'un CSSS change souvent de personnel au niveau de la direction a pu influencer les dynamiques avec certaines CDC. Les fusions qui se sont déroulées au cours des dernières années auraient également contribué à renforcer l'importance de cette dimension, ce qui a certes eu une influence sur la non-participation de ces CDC dans les démarches de projets cliniques. Tel que l'a d'ailleurs souligné cette directrice de CDC :

Il y a beaucoup de roulement de personnel dans la structure du CSSS.

Les gens changent beaucoup et c'est donc à refaire à chaque fois. Depuis un an, il y a trois personnes qui sont passées au niveau de la direction. À chaque fois qu'il y a une nouvelle personne, il faut lui réexpliquer le monde communautaire, l'alliance avec le CSSS, et s'adapter à la personnalité de cette nouvelle personne. Je crois que l'on est dans un « règne » dont tout dépend de la personne qui est au pouvoir. C'est ce que je vois, car nos organismes communautaires qui ont signé des ententes de services avec les Centres de santé, cela fait trois fois qu'il y a un changement de la personne responsable. Cela occasionne toute sorte de problèmes et d'incompréhensions... (entrevue #4 : 1)

Les propos de responsables de CDC démontrent d'ailleurs que les personnes en place influencent grandement la direction prise par les CSSS et cela, même si des lignes directrices sont émises par le MSSS. Il semble que le manque de spécificité de ces orientations ministérielles, notamment en ce qui concerne le rôle et la place accordée au secteur communautaire dans l'élaboration d'un projet clinique, laisse une importante latitude aux cadres de CSSS. Ainsi, tout dépend grandement des acteurs en poste, d'un établissement à l'autre. C'est ce qu'on peut déduire des propos de cette dirigeante de CDC lorsqu'elle dit :

Quand on est invitée, on considère qu'on est à un certain point reconnue [...] Au niveau des projets cliniques, nous n'y sommes pas [...] Ils disent que les délais sont courts et qu'ils doivent faire ça rapidement [...] Dans le projet clinique, on se rendait compte qu'ils invitaient des gens, mais pas tout le monde. Là, on interpelle le Centre de santé pour savoir pourquoi. Ils répondent qu'il faut agir rapidement, qu'ils n'ont pas toujours le temps, qu'ils sont pressés, nos échéanciers sont courts, etc. (entrevue #20 : 2)

Des CDC ont été ignorées par des CSSS jugeant que ces organismes n'œuvraient pas dans le champ de la santé et de services sociaux. Cette distinction entre organismes ayant un « mandat » de santé et de services sociaux, et ceux qui n'en n'ont pas, représente une forme de contrainte qui limite la participation de certains acteurs. On peut se demander si cela ne représente pas une forme de sélection de la part du CSSS qui, se faisant, cible directement les partenaires avec lesquels il désire travailler. Rappelons que l'article 99,5 de la loi 83 (Québec, 2005) donne le mandat suivant aux CSSS :

Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale [CSSS] doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation.

Il est difficile de concevoir comment une CDC ne ferait pas partie, à tout le moins, des « intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux ». Précisons enfin que la non-participation de certaines CDC est attribuable au fait que des CSSS venaient à peine d'entamer la démarche d'élaboration des projets cliniques. Dans ces cas, il existe évidemment encore de nombreux éléments à préciser, dont l'identité et le rôle de chacun des acteurs qui prendra part à la démarche. C'est donc dire que, en termes d'élaboration et de mise en œuvre des projets cliniques, les différentes régions du Québec n'étaient pas développées de façon uniforme. À certains endroits, l'élaboration se faisait très lentement ou le processus ne fait que débuter, tandis que dans d'autres, la démarche était terminée et on en était à la phase de mise en œuvre.

3.3 Les positions des CDC concernant leur non-participation

Tout comme dans le cas des CSSS, certaines CDC subissent une mouvance sur le plan du personnel. Or, ces bouleversements organisationnels causent divers ennuis à ces organismes qui doivent aussi composer avec un manque de ressources financières et humaines. C'est ce qu'illustrent ces deux responsables de CDC en disant :

Notre CDC ne participe pas à l'élaboration de projets cliniques parce que nous n'avons pas de permanence. On n'a pas assez d'argent. Ça fait juste 3 ans que la CDC est formée. On est parti d'un groupe et on était essoufflé par le manque de fonds. On l'a transformé en CDC pour nous aider, mais même avec la CDC... [...] Ceux qui sont là présentement, moi ça va faire 10 ans que je suis dans le groupe et, on commence à être essoufflé. Donc, on n'a pas eu le temps. Individuellement, nous avons été appelés par le CSSS, mais collectivement, par la CDC, il n'y a pas eu de travail. (entrevue #12 : 1)

Notre CDC n'a pas de permanence, étant donné que l'on n'a pas de financement. En ayant moins de permanence, c'est plus complexe d'aller se mettre dans tous les débats. Finalement, c'est le CA qui s'occupe de la CDC. Toutefois, ce sont tous des directeurs et directrices d'organismes de la région qui sont sur le CA [...] Maintenant, comme je vous dis, c'est certain que notre CDC n'a pas de permanence et que la structure n'est pas vraiment en place pour supporter de gros comités comme ceux-là. De plus, les membres du CA de la CDC, n'ont pas couru pour faire pression auprès du CSSS afin d'avoir une place. (entrevue #26 : 1)

Ainsi, il est difficile de s'impliquer dans les projets cliniques lorsqu'il n'y a pas de permanence en place, ou que le personnel

change régulièrement. Ces conditions influencent nécessairement la non-participation des CDC touchées par une telle conjoncture, entre autres parce l'implication dans les projets cliniques ne représente pas alors une priorité, ou que les personnes en place ne sont pas connues du CSSS. Soulignons enfin que les propos de certaines responsables de CDC démontrent que le manque d'information entourant le projet clinique contribue parfois à une mauvaise compréhension. On constate, entre autres, que certaines CDC possédaient peu d'information concernant les projets cliniques, tant sur le plan de la forme que du contenu. Dans certains cas, elles ne savaient pas où les projets cliniques en étaient rendus. Dans d'autres, elles devaient passer par leurs organismes membres afin de savoir de quoi il en retournait.

Chapitre 4 : Contribution des organisateurs communautaires dans les projets cliniques

Puisque le CSSS a pour mandat de favoriser la participation des ressources du milieu dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets cliniques (MSSS, 2004b), il convient d'envisager la place réservée aux organisateurs communautaires (o.c.) dans ces démarches. On sait que les o.c. assument un rôle de support à la communauté tout en étant imputables à leur établissement. C'est pourquoi le CSSS leur confie notamment les mandats suivants :

- contribuer à la mise en évidence et à la résolution des problèmes du milieu (repérages des forces d'un milieu);
- sensibiliser et informer le milieu (meilleure compréhension des causes et des conséquences des problèmes observés);
- soutenir les ressources existantes (recherche de financement, animation, structuration) et aider à la création de nouvelles ressources (planification et organisation);
- participer à la concertation et à la mobilisation des ressources du milieu (harmonisation des services) (MSSS, 2004c : 83).

On constate ainsi que la nature de la tâche des o.c. leur confère un rôle d'interface entre le CSSS et les groupes communautaires. Puisque les projets cliniques peuvent restructurer à terme l'arrimage entre les CSSS et les organismes communautaires impliqués, il est compréhensible de retrouver leur présence dans la démarche d'élaboration des projets cliniques. L'apport des o.c. peut d'ailleurs être significatif à bien des niveaux, qu'on pense à la connaissance du milieu, à la sensibilité aux dimensions collectives ou aux expertises liées au travail en partenariat avec les acteurs communautaires et socio-économiques du territoire (RQIIAQ, 2002). Cette contribution peut également se faire sur le plan de la concertation, en passant par le support et la sensibilisation du milieu (Ellyson, 2006).

Dans les faits, la contribution des o.c. dans les démarches d'élaboration des projets cliniques varie grandement d'une région à l'autre. Selon les propos des dirigeantes des 17 CDC impliquées dans les projets cliniques, ceux-ci sont impliqués dans la plupart des projets, mais pour accomplir des mandats différents. Dépendamment des CSSS, on observe que les o.c. occupent des rôles aussi variés que la coordination ou l'animation, en passant par la mobilisation, le soutien technique, la recherche, etc. C'est ce que confirment ces responsables de CDC en disant :

L'o.c. est beaucoup en support : documentation, recherche d'information, etc. Elle est présente à toutes les tables [...] Elle est en support à la démarche. Elle est plutôt secrétaire et recherchiste. C'est elle qui a fait toute la recherche locale pour arrimer le portrait régional au portrait local. (entrevue #8: 6)

Nous avons trois o.c. dans la MRC. Ils sont très actifs; ils participent beaucoup. Ils donnent un bon service [...] La contribution des o.c. dans les projets cliniques se fait à travers des comités. Ils donnent un coup de main au soutien technique et par rapport aux communications. (entrevue #6: 4)

Chaque o.c. anime 1 ou 2 continuums. Ils « coaniment » avec le directeur des programmes en santé mentale. Ils sont donc très impliqués. Pour ce qui est du projet clinique en tant que tel, c'est sûr que c'est la directrice des programmes qui s'en occupe, mais elle travaille beaucoup avec un o.c. qui joue presque le rôle d'adjoint à la directrice. Il fait énormément de travail. Il a travaillé aussi sur le portrait de santé entre autres, il va aider à cumuler l'information qui vient des continuums. (entrevue #1 : 5)

Ce dernier extrait conduit à préciser que, dans la plupart des régions, ce sont des membres du personnel-cadre du CSSS (direction générale et direction de programmes) qui dirigent les travaux liés à l'élaboration des projets cliniques, dans les différents groupes de travail. Parallèlement, quatre dirigeantes de CDC rapportent l'absence d'o.c. dans la démarche d'élaboration des projets cliniques de leur région.

Pour ce qui est des 13 CDC non impliquées dans la démarche des projets cliniques, certaines responsables ont tout de même été en mesure de fournir de l'information concernant le travail des o.c. Il semblerait notamment que leur mandat ait changé au cours des dernières années et qu'ils seraient moins en contact avec le milieu communautaire, ce qui contribuerait à modifier le lien entre les organismes communautaires et les CSSS. Des dirigeantes de CDC ont également noté que les o.c. travaillent davantage à l'intérieur des CSSS et qu'ils sont, par conséquent, moins présents sur le terrain. Cette diminution de l'implication des o.c. auprès du secteur communautaire résulterait d'une augmentation de leur charge de travail. Les extraits suivants résument d'ailleurs assez bien le propos des responsables de CDC à ce sujet :

Chez nous, l'organisateur communautaire a participé au début à la préparation des rencontres préparatoires. Mais à part de cela, je n'en ai pas entendu parler. Il y a seulement un organisateur communautaire dans notre

région. De par ses fonctions, il a de moins en moins de liens avec les organismes communautaires. C'est plus à l'interne. (entrevue #07 : 3)

Le rôle des organisateurs communautaires a beaucoup changé depuis environ deux ans. Avant, ils étaient plus proches du monde communautaire et on les a beaucoup utilisés pour le PAL (Plan d'action local en santé publique). On les a surchargés de travail, ce qui fait que les liens avec le communautaire ont beaucoup diminué, ainsi que l'aide qu'ils pouvaient apporter. (entrevue #04 : 2)

Parce que même dans les projets cliniques, les organisateurs communautaires ne sont pas impliqués. C'est absurde, mais ils ne sont pas impliqués, ni sur des comités d'orientation, ni sur des tables de travail. (entrevue #20 : 1-2)

Sur le plan de l'analyse, on retient que la contribution des o.c. dans l'élaboration des projets cliniques n'est donc pas uniforme dans les CSSS. D'un côté, il y a les CSSS qui ressortent majoritairement de cette étude et qui ont impliqué des o.c. en support à la démarche, en assumant divers rôles. De l'autre, il y a ceux qui ne les ont pas mis à contribution. Bourgeois (2006) note à ce sujet, qu'en région, les organisateurs communautaires seraient moins impliqués dans la démarche de projets cliniques que doivent réaliser les CSSS. Ce dernier soulève également la tension qui peut exister entre les o.c. et les établissements pour lesquels ils œuvrent, notamment en raison des perceptions qui diffèrent de part et d'autre relativement à leur mandat. Or, dans un contexte de projets cliniques à saveur curative et administrative, on peut présumer que les o.c. se retrouvent entre l'arbre et l'écorce, c'est-à-dire pris entre des logiques partenariales et technocratiques. La démarche des projets cliniques pose donc un enjeu important concernant le respect des pratiques d'organisation communautaire qui se « fondent sur des forces telles que l'expertise du milieu

local et les rapports de partenariat avec le milieu communautaire » (Lachapelle, 2004 : 1). Comme cet auteur le suggère, ainsi que Bourque et Favreau (2005), il importe alors que le plan d'organisation des réseaux locaux de santé et de services sociaux réserve un espace aux équipes d'organisation communautaire agissant sur des territoires vécus en soutien au développement des communautés.

Chapitre 5 : Discussion

Tel que nous l'avons mentionné, les CSSS sont maintenant non seulement imputables des services qu'ils offrent, mais aussi de l'accès à ceux offerts par leurs partenaires. Parallèlement, ils doivent favoriser la participation des ressources du milieu dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets cliniques (MSSS, 2004b). Or, selon les propos des différentes responsables de CDC, qu'en est-il vraiment ? On peut dégager trois tendances chez les CSSS quant à l'élaboration des projets cliniques. Une première pourrait être qualifiée d'attentiste car basée sur une absence d'action ou une action minimale (en 2006) qui se manifeste par une absence de sollicitation envers leur CDC ou le rejet d'une offre de participation de sa part. Une seconde tendance en serait une administrative et de relations publiques qui s'incarne dans des pratiques qui consistent à faire du projet clinique une politique ou une procédure institutionnelle qui fera l'objet de consultations formelles une fois élaborée à l'interne (ou même confiée à un consultant). Une troisième tendance, dite participative, se caractérise par un investissement du CSSS dans un processus de concertation plus ou moins participatif² vu comme une opportunité de développement autour d'enjeux non seulement institutionnels, mais aussi locaux et communautaires, selon la culture partenariale déjà présente au CSSS et dans son milieu. Cette dernière tendance est

² Les processus les plus participatifs sont ceux qui ont été décrits comme mettant dès le départ à contribution des organismes communautaires dans la détermination du cheminement et des règles du jeu devant mener à l'élaboration du projet cliniques.

particulièrement intéressante mais semble rencontrer des obstacles.

D'une part, il faut considérer les profondes transformations associées aux fusions d'établissements qui touchent la majorité des CSSS et qui font que nombre d'entre eux sont toujours en pleine transition et réorganisation. Par ailleurs, les projets cliniques doivent s'inscrire dans les orientations bien spécifiques du MSSS et des Agences régionales, ce qui signifie la présence de priorités et de cibles prédéterminées (particulièrement en santé) qui s'imposent aux acteurs locaux. Soulignons que les propos de plusieurs dirigeantes de CDC allaient en ce sens. Les CSSS doivent donc naviguer au cœur d'une dynamique complexe (Duperré, 1992) composée d'une logique descendante qui correspond aux priorités et cibles gouvernementales inscrites dans les ententes de gestion, et d'une logique ascendante qui correspond à l'aspiration des acteurs locaux de pouvoir déterminer les priorités et les stratégies d'action appropriées. Au centre, se retrouve les CSSS en interface entre les logiques descendante et ascendante, et en situation de double imputabilité soit vers le bas et leur milieu et vers le haut et l'appareil de planification régionale et nationale. En effet, les CSSS sont à la fois partie des politiques et programmes descendants et à ce chapitre ils doivent tenir compte des priorités qui en découlent. Mais ils sont aussi des acteurs du développement de leur milieu et, à ce titre, ils doivent contribuer à l'émergence des priorités locales, en tenir compte dans leurs projets cliniques et favoriser l'actualisation des particularités et des choix locaux dans la mise en place des réseaux locaux de services. Le défi des CSSS est de se situer de manière efficace à la jonction entre les logiques descendantes et ascendantes, en assumant un rôle de leadership démocratique (Bourque, 2006).

À ce sujet, des responsables de CDC ont affirmé s'être sentis incluses et prises en compte dans l'élaboration des projets cliniques. Elles ont par ailleurs formulé des réserves sur la pertinence de ces démarches, notamment sur le plan de la validité de la consultation ainsi que des résultats potentiels. Autrement dit, tous les CSSS ont-ils

les moyens, la capacité et la volonté de mener à bien ces projets, tout en incluant, en tant que partenaires, les acteurs communautaires ? Faut-il de plus faire l'hypothèse que certains CSSS ne soient pas prêts à déléguer leur main mise sur la gestion des services sociaux et de santé et à s'ouvrir à une participation démocratique et représentative des acteurs communautaires ? Ces questions se posent car, pour l'instant, de nombreux éléments demeurent en suspens.

Ainsi, la mise en place des réseaux locaux de services instaure un contexte appelant à la conclusion d'ententes de services entre les CSSS et les organismes communautaires. Ceux-ci pourraient alors se retrouver à jouer à la fois le rôle de partenaires et de sous-contractants de l'instance locale (RRASMQ, 2005 : 4). On pourrait alors appréhender un renforcement des instances publiques au détriment de la société civile (regroupant, entre autres, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale). En effet, dans un scénario plus négatif, celle-ci pourrait perdre sa légitimité en se voyant notamment confinée au rôle de sous-traitant de l'administration publique. Comme le suggèrent d'ailleurs Caillouette et coll. (2006 : 13) « Le danger d'un monologue institutionnel et un tantinet autoritaire de la part des CSSS est une réalité à envisager ». Par contre, comme le projet clinique « interpelle tous les partenaires et suscite leur adhésion et leur mobilisation » (MSSS, 2004b : 10), ces auteurs font valoir qu'il « est difficile d'envisager l'élaboration de ces projets dans le cadre d'une imposition des vues des CSSS. Ces derniers auront sur chacun de leur territoire à composer avec les acteurs communautaires et d'économie sociale » (Idem : 20). La création et la mise en œuvre des réseaux locaux de services pourraient donc représenter un espace stratégique à investir par les acteurs de la société civile. Selon ce scénario, cela pourrait, non seulement leur permettre de renforcer leur pouvoir d'action, mais aussi s'avérer être une occasion de développer, avec le réseau public, des pratiques de partenariat et de collaboration fondées sur une communauté plurielle d'actions (Caillouette et Ellyson, 2006; Ellyson, 2006).

Quel scénario sera le plus prégnant ? Les projets cliniques s'inscrivant dans une tendance participative offrent l'opportunité aux acteurs publics et communautaires de se sensibiliser mutuellement à leurs préoccupations respectives, tout en apprenant à mieux collaborer ensemble. Considérant les propos de plusieurs dirigeantes de CDC, on peut d'ailleurs penser que certains projets cliniques soient un levier incitant les divers acteurs en présence à travailler en concertation, selon les besoins locaux, et en fonction de logiques partenariales respectueuses des différences. Soulignons cependant que ce rapprochement entre les deux milieux comporte un danger pour le communautaire, soit celui de voir sa légitimité et sa spécificité être « contaminées » par des approches institutionnelles ou technocratiques, propres aux établissements publics. Considérant certains des principes formulés par le MSSS (2004a) pour l'élaboration des projets cliniques (standardisation des pratiques, hiérarchisation des services, ententes de services, etc.), et considérant la pression à laquelle sont soumis les CSSS (ententes de gestion, données probantes, etc.), il y a effectivement risque d'instrumentalisation et/ou de standardisation des pratiques communautaires, ce qui dénaturerait évidemment la contribution originale du milieu communautaire (participation citoyenne, action sociale, vie associative démocratique, etc.).

Les propos des responsables de CDC démontrent par ailleurs que les personnes en place influencent la direction prise par les CSSS quant à la participation des organismes communautaires aux projets cliniques, et cela même si des lignes directrices sont émises par le MSSS. Globalement, le facteur humain constitue une variable non négligeable dans la dynamique de mise en place des réseaux locaux de services comme l'illustre cette coordonnatrice de CDC :

Je vois des gens qui sont hyper contents de collaborer avec le CSSS. J'en vois qui ne le sont pas du tout. Ils sentent une inclusion du CSSS dans leur façon de faire et ils ont peur de perdre leur identité. Ils ont peur de perdre leur pouvoir d'autonomie. Il y en a qui se

sentent menacés et cela, peu importe ce qu'ils se font présenter. Il y en a d'autres qui voient qu'il y a des opportunités à travailler avec le CSSS sans nécessairement mettre de côté leur autonomie. On travaille à améliorer la qualité de vie de ces gens, mais on ne le fait pas de la même manière. L'important, c'est le résultat que l'on obtient. C'est certain qu'il faut garder son intégrité, mais ça dépend souvent de l'attitude de la part des CSSS et de leurs collaborateurs, soit des organismes communautaires. On se rend compte que c'est souvent une question d'individus. À la CDC on a procédé à un diagnostic organisationnel et cela est ressorti. Souvent, les individus font la différence sur le type de collaboration que tu vas créer avec ton CSSS. (entrevue #13: 5)

Conclusion

Les projets cliniques et les réseaux locaux de services, comme l'ensemble de la réforme en santé et services sociaux, demeurent un processus en cours de réalisation. Nous avons examiné comment la phase d'élaboration d'un certain nombre de projets cliniques était perçue du point de vue d'un des acteurs communautaires impliqués. Il s'agit d'un angle de prise trop étroit pour pouvoir en tirer de conclusions d'ensemble sur les projets cliniques et les réseaux locaux de services. D'autres recherches sont requises pour documenter et analyser le contenu même des projets cliniques, leur phase de mise en œuvre, ainsi que les formes d'arrangements durables qu'ils instaurent entre les acteurs et leur impact sur les services et la santé des populations visées.

Mais déjà, il ressort clairement que cette réforme comporte des enjeux majeurs pour les acteurs concernés et les services collectifs dans le domaine de la santé et des services sociaux. Pour les organismes communautaires, il en va de leur spécificité et de leur identité. Pour les CSSS, dans un contexte de forte remise en question du caractère public du système de santé et de services sociaux, une contre-performance, voire

un échec, des réseaux locaux de services donnerait des munitions à ceux qui s'activent à privatiser le système sociosanitaire. Cet enjeu ne concerne pas seulement les établissements publics, mais aussi les organismes communautaires car dans un scénario de privatisation et de marchandisation des services d'intérêt général on voit difficilement comment le communautaire pourrait en sortir gagnant. Même si des tensions importantes ont toujours marqué les rapports entre le réseau public et les organismes communautaires, l'existence et le devenir de plusieurs d'entre eux sont liés à la pérennité du système public. Dans ce sens, la réussite des réseaux locaux de services pourrait constituer un enjeu en elle-même pour les acteurs publics et communautaires concernés, en plus de l'enjeu qu'elle représente pour les populations visées en termes d'amélioration de leur condition sociosanitaire et des services d'intérêt général dans ce domaine. Or, la réussite des réseaux locaux de services et des projets cliniques qui s'y rattachent ne se prescrit ou ne se décrète pas d'autorité. Elle résulte d'un processus participatif et délibératif complexe qui n'est jamais épuisé dans une planification ou un projet clinique.

Les réseaux locaux de services s'inscrivent dans un mouvement plus large de territorialisation de la gestion et de la gouvernance des services d'intérêt général (Lévesque, 2006) qui tire ses origines de deux sources : la transformation de la gestion publique au Québec; l'évolution des formes de réponse collective des communautés aux problèmes qui les confrontent. Un peu partout au Québec, les instances ou démarches de concertation locale se multiplient à la faveur des politiques publiques qui appellent à la mobilisation locale, et des demandes portées par des acteurs sociaux. Pour les CSSS, les concepts de responsabilité populationnelle et de réseaux locaux de services s'inscrivent dans cette foulée. Cependant, la problématique vécue sur le terrain se décline ainsi : multiplication des instances de concertation ou encore détournement de celles existantes au profit d'un ordre du jour extérieur qui s'impose par son poids politique ou ses ressources financières; absence ou carence de coordination et d'intégration des initiatives de concertation; sur-sollicitation des acteurs qui

sont souvent les mêmes dans toutes ces démarches; manque de prégnance de la participation citoyenne; manque de ressources financières et de compétences professionnelles pour le soutien à la réalisation et la pérennisation des initiatives concertées.

Les pratiques de territorialisation, dans lesquelles se situent les projets cliniques, se conjuguent sous deux registres qui se métissent sur le terrain : celui de l'instrumentalisation qui utilise le territoire et les communautés comme terreau pour l'implantation de priorités et programmes publics pré-construits; celui de la co-construction à l'échelle du territoire d'une dynamique d'appropriation du développement où la contribution des politiques et pouvoirs publics est négociée et intégrée. Le défi est le réaliser sur une base territoriale la concertation efficiente des concertations existantes (y compris celle entourant les projets cliniques) à la faveur d'une nouvelle gouvernance partagée basée sur une gestion démocratique du changement. Les CSSS du Québec pourraient jouer un rôle important dans la mise en place de cette nouvelle gouvernance partagée dans la mesure où ils ont une légitimité reconnue localement pour ce faire. Les projets cliniques et les réseaux locaux de services représenteront pour les CSSS un test déterminant à cet égard.

Bibliographie

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2005). En ligne : <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/portrait/csss.html#top>, site visité le 04 mars 2006
- Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2004). *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé*, Montréal, 7 p.
- Bourgeois, J (2006). *Les projets cliniques et l'action communautaire*, <http://rqjiac.qc.ca/depot/projets%20cliniques%20et%20l'action%20communautaire%2001-07.doc>.
- Bourque, D. (2007). « Ententes de services et nouveaux rapports public/communautaire », *Intervention*, No 126, juin 2007, 42-52.
- Bourque, D. (2006). « Interfaces communautaire/réseau public : continuité et rupture », *Économie et Solidarités*, vol. 36, n°2, 13-26.
- Bourque, D. et L. Favreau (2005). « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Revue Service social*, vol. 50, n° 1, 295-308.
- Caillouette, J. et Ellyson, A., avec la collaboration de Boyer, G., Dallaire, N., Garon, S. (2006). *La pratique de développement des communautés de Ascot en santé dans son interface avec le CSSS de Sherbrooke*, Dans le cadre du projet de recherche : Évaluation de pratiques innovantes en développement des communautés dans les sept Centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, recherche subventionnée par le Programme régional (en Estrie) d'appui à la recherche de santé publique. 51 p. (à paraître)
- Caillouette, J., Garon, S., Ellyson, A. (2006). « Les enjeux de la redéfinition des rapports de l'État à la société civile dans la gouvernance du secteur de la santé et des services sociaux au Québec », dans Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H., Bordeleau, L., *Le système sociosanitaire au Québec : gouverne, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 451-465
- Duperré, M. (1992). « Du discours à la réalité dans le partenariat public-communautaire en santé mentale: une expérience au Saguenay-Lac-Saint-Jean », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 5, n° 2, Presses de l'Université du Québec, Québec, pp. 131-146.
- Ellyson, A. (2006). *La Corporation de développement communautaire (CDC) du Haut-Saint-François : analyse d'une pratique de développement des communautés dans son interface avec le CSSS*, Dans le cadre du projet de recherche : Évaluation de pratiques innovantes en développement des

- communautés dans les sept Centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, recherche subventionnée par le Programme régional (en Estrie) d'appui à la recherche de santé publique. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 157 p.
- Fournier, J. (2000). « Aide à domicile : pour que l'économie sociale demeure de l'économie sociale », *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 13, no 2, 193-206.
- Gagnon-Lessard, L. et Rivard, S. (2007). *Analyse du document « Offre de service- Services psychosociaux généraux 2007-2012 » du MSSS*, Coalition des TROC, Rencontre nationale du 13-14-15 février 2007. 10 p.
- L'action communautaire autonome jeunesse (2007). *Manifeste pour la reconnaissance d'espace alternative pour les jeunes*, Interjeunes, 2 p.
- Lachapelle, R. (2004). *Enjeux institutionnels pour l'organisation communautaire dans les Réseaux locaux de santé et de services sociaux*, Présentation faite devant le RQIIAC-Montréal, le 6 mai, http://www.rqiiac.qc.ca/fr/interaction_communaire/journal/article_theme.asp?Id_theme=8&Id_articles=966
- L'écuyer, R. (1987), «L'analyse de contenu : notion et étapes» in Deslauriers Jean-Pierre (sous la direction de) (1987), *Les méthodes de la recherche qualitative*, Presses de l'Université du Québec, pp.49-65.
- Lévesque, B. (2006). Une gouvernance partagée et un partenariat institutionnalisé pour la prise en charge des services d'intérêt général, Cahier C-13-2006, CRISES, UQAM, 26 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux : MSSS (2004a). *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Québec, Gouvernement du Québec, Octobre, 75 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux : MSSS (2004b). *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document résumé, Québec, Gouvernement du Québec, Octobre, 23 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux : MSSS (2004c). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Direction générale des services sociaux, septembre, 155 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux : MSSS (2004d). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction générale des services sociaux, 179 pages.
- Ministère de la santé et des services sociaux : MSSS. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php>
- Proulx, J. (1997). Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires dans le cadre de la Loi 120: l'enjeu de la complémentarité, Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, 202 p.
- Québec (2001a). *Loi sur la santé publique*, Québec, 2001, chapitre 60.
- Québec (2001b). *L'action communautaire une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 59 pages.
- Québec (2003). *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, 2003, chapitre 21.
- Québec (2005). *Projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Québec, 2005.
- RRASMQ : regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (2005), *Réseaux intégrés de services en santé mentale et enjeux des pratiques*, Perron, N., 20 p. en ligne : <http://www.rrasmq.com/Publications/Fevrier%202006/Perron%20NPS%20RIS.pdf>

RQIIAC : regroupement québécois des intervenantes et des intervenants en action communautaire (2006). *L'implantation des CSSS : Enjeux pour les organismes communautaires et l'organisation communautaire*, <http://www.rqiiac.qc.ca/site/index.asp?sortcode=1.5.2>

RQIIAC : regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en cslc et en centre de santé (2002). *L'organisation communautaire en CLSC*. Cadre de référence, Octobre, document broché, 42 p.

Tremblay, J. (2006). *Les déterminants de la santé et les CSSS*, RQIIAC, en ligne : <http://www.rqiiac.qc.ca/site/article2NoPrt.asp?id=117>