

LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES PRATIQUES ET LES
POLITIQUES SOCIALES

CAHIERS DU LAREPPS

No 04-32

**NOUVELLE DONNE DANS LES RAPPORTS ENTRE RÉSEAU PUBLIC
ET ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

par

**Denis Bourque, professeur
Département de travail social et des sciences sociales
Université du Québec en Outaouais**

*Copublication du Laboratoire de recherche sur les pratiques
et les politiques sociales (LAREPPS)
et du
Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS)*

**École de travail social
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL**

**© LAREPPS/UQÀM – CÉRIS/UQO
Juillet 2004**

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISSN 1490-8069

AVANT-PROPOS

Ce texte a été d'abord présenté lors du rendez-vous annuel de l'équipe Économie sociale, santé et bien-être, (ÉÉSSBE) à Saint-Marc-sur-le-Richelieu, le 21 mai 2004. Par la suite, il a été bonifié à partir d'une autre présentation faite au 9^e colloque biennal du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire tenu à Valleyfield le 4 juin 2004. Enfin, ce texte intègre trois publications rendues publiques au cours de l'été 2004. L'auteur tient à remercier Joëlle Trahan-Moisan et Katerine Larouche, assistantes de recherche au CÉRIS, ainsi que Louise Tremblay, professionnelle de recherche au LAREPPS, pour leurs commentaires et suggestions fort à propos.

RÉSUMÉ

Depuis peu, se profile une nouvelle donne qui origine des récentes orientations du gouvernement du Québec et qui impliquent des changements concernant le rôle des établissements publics de première ligne (maintenant les CSSS ou centres de santé et de services sociaux) envers leur milieu ainsi que la nature de leurs rapports avec les organismes communautaires. Ce rôle en devient un de coordination des ressources communautaires par rapport aux rôles antérieurs de soutien envers elles et de concertation avec elles. Ce rôle s'accompagne d'une imputabilité pour ces établissements publics quant à l'efficacité de cette coordination et quant à l'efficacité des services eux-mêmes. De plus, les CSSS sont invités à convenir d'ententes de service avec les organismes communautaires qui impliquent des relations plus hiérarchiques que les relations plutôt horizontales qui avaient généralement cours entre les CLSC et les organismes communautaires. Nous assistons à la transition du paradigme de la participation et de la concertation qui était dominant depuis le début des années 1990, au nouveau paradigme qui prend forme à la faveur de la création des CSSS et de la mise en place des ententes de service. En fait, le paradigme précédent est toujours présent et cohabite encore avec le nouveau. Il existe donc un double registre dans les rapports entre les établissements publics et les organismes communautaires. 1- le registre du partenariat qui fait appel à la concertation volontaire et au respect de l'autonomie et 2- le registre des ententes de service qui place les CSSS en position de coordination des ressources communautaires (et de contrôle de la qualité des services) et de rapports contractuels. Ce double registre comporte son lot de contraintes et aussi d'opportunités que le présent texte explore.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	iii
RÉSUMÉ	iii
LISTE DES SIGLES	v
INTRODUCTION	1
I – LES PRINCIPAUX JALONS DE LA NOUVELLE DONNE	3
1. Le rapport Clair	3
2. La politique sur l’action communautaire.....	3
3. Le loi sur la gouverne	6
4. La santé publique.....	7
5. La politique de soutien à domicile.....	8
6. La loi 25.....	9
7. Précisions sur la politique de soutien à domicile.....	11
II – LE DISCOURS PARADOXAL OU LE DOUBLE REGISTRE	13
III – PROBLÉMATIQUE, ENJEUX ET DÉFIS	
1. Problématique.....	16
2. Enjeux et défis	19
CONCLUSION	22
RÉFÉRENCES	24

LISTE DES SIGLES

c.a.:	Conseil d'administration
CÉRIS:	Centre d'étude et de recherche en intervention sociale
CH:	Centre hospitalier
CHSLD:	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC:	Centres locaux de services communautaires
CRSSS:	Conseils régionaux de la santé et des services sociaux
CSSS:	Centre de santé et de services sociaux
EESAD:	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSJP:	Programme de soutien aux jeunes parents
RLSSSS:	Réseau local de services de santé et de services sociaux

INTRODUCTION

Les interfaces ou les rapports entre le réseau public de santé et de services sociaux et les organismes communautaires ont été marqués par la variété de leurs formes et la diversité de leur sens. Ces rapports oscillent entre le partenariat véritable et le *pater-nariat* (Panet-Raymond et Bourque, 1991) selon que l'établissement (le CLSC en l'occurrence) soit de type socio-communautaire ou socio-institutionnel (Favreau et Hurtubise, 1993). Jusqu'à tout récemment, les rapports qui s'établissaient entre les établissements publics de première ligne et les organismes communautaires s'inscrivaient généralement dans le paradigme de la collaboration et de la concertation volontaires.

Depuis peu, se profile une nouvelle donne qui origine des récentes orientations gouvernementales [Rapport Clair (Québec, 2000), Politique sur l'action communautaire (Québec, 2001a; 2004a; 2004b); Loi sur la Gouverne (Québec, 2001b); Loi sur la Santé publique (2001c); Politique de soutien à domicile (MSSS, 2003); Loi 25 (Québec, 2003); Précisions sur la politique de soutien à domicile (MSSS, 2004a)] et qui impliquent des changements majeurs. Ces changements concernent le rôle des établissements publics de première ligne envers leur milieu ainsi que la nature de leurs rapports avec les organismes communautaires qui en sont issus. Essentiellement, le rôle des établissements publics de première ligne en devient un de coordination des ressources communautaires, alors qu'il en était un jusqu'à présent de soutien envers elles et de concertation avec elles. Ce nouveau rôle de coordination s'accompagne d'une imputabilité nouvelle pour ces établissements publics quant à l'efficacité de cette coordination et quant à l'efficacité et à la qualité des services eux-mêmes, qu'ils proviennent des établissements ou des autres « fournisseurs de services » (MSSS, 2004a). Ainsi, les établissements publics de première ligne sont invités à convenir d'ententes de service avec les organismes communautaires de leur territoire qui impliquent le versement de subventions et la reddition de comptes dans le cadre d'une prestation de services prédéfinis. Jusqu'à tout récemment, les CLSC n'avaient pas (sauf exception) de rapports de type contractant ou même bailleur de fonds avec les organismes communautaires. Ces nouveaux rapports appellent des relations plus hiérarchiques, donc plus

verticales que les relations plutôt horizontales qui avaient jusque-là généralement cours entre les établissements publics de première ligne et les organismes communautaires.

En même temps, le discours officiel du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son ministre (Couillard, 2003) reconnaît le principe de l'autonomie des organismes communautaires et des autres partenaires des nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS) issus de la loi 25 et qui deviennent les établissements publics de première ligne au Québec. Voilà comment se met en place (ou se poursuit) une autre dynamique paradoxale (Lamoureux, 1994) qui caractérise depuis toujours les rapports de partenariat entre organismes communautaires et réseau public (Bourque, 2002). Il y aurait maintenant une sorte de double registre à ces rapports: le registre du partenariat et celui des ententes de service (ou de la sous-traitance). Cette dynamique paradoxale et ce double registre comportent d'importantes contraintes pour les organismes communautaires et pour les intervenants du réseau public (organismes communautaires, professionnels, cadres, etc.) qui misent sur le développement des communautés, mais il s'agit aussi d'une source de marge de manœuvre et d'opportunités.

Nous passerons en revue les principaux éléments qui alimentent cette nouvelle donne. Puis, nous identifierons quelques-uns des enjeux et des défis que cela représente pour les organismes communautaires, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que pour les organisateurs communautaires qui y travaillent.

I - LES PRINCIPAUX JALONS DE LA NOUVELLE DONNE

1. LE RAPPORT CLAIR

Tout d'abord, mentionnons que le rapport de la commission Clair (Québec, 2000), déposé en décembre 2000, propose le regroupement sous un seul conseil d'administration des établissements publics de première ligne (y compris l'hôpital local avec un nombre de lits restreint) d'un même territoire qui correspond généralement au territoire d'un CLSC. Les CLSC jouent un rôle central dans cette instance locale qui serait responsable de l'intégration et de la continuité des services sur son territoire. Le rapport Clair renferme la proposition 21 voulant que « les régies régionales amorcent et supervisent la création de réseaux de services intégrés et en confient la responsabilité aux CLSC » (Québec, 2000: 69). Ce rapport comporte aussi la proposition 12 qui se lit ainsi : « Que le CLSC ait la responsabilité de coordonner les ressources de la communauté requises pour répondre aux besoins de sa population » (Québec, 2000: 50). Le terme « coordonner » est assez différent des termes « supporter » ou « soutenir » utilisés jusqu'à présent. Le choix de ce terme peut être lourd de conséquences quant aux rapports entre les CLSC et les organismes communautaires, comme nous verrons plus loin, particulièrement dans le cadre où le même rapport, toujours à la page 50, stipule que le CLSC est imputable d'établir des ententes de service à établir avec les organismes communautaires.

2. LA POLITIQUE SUR L'ACTION COMMUNAUTAIRE

Ces ententes de service sont précisément au centre des dispositifs de financement des organismes communautaires déterminés par la politique du gouvernement du Québec sur l'action communautaire adoptée en septembre 2001 (Québec 2001a). On y prévoit que les organismes communautaires auront accès à trois mesures de soutien financier soit un financement pour la mission globale des organismes communautaires autonomes, un autre pour des projets ponctuels ou de courte durée, et enfin un financement par entente de service complémentaire au réseau public. Ces ententes de service se concluent en principe sur une base libre et volontaire sans trahir la mission des organismes. Le contrat à établir doit traduire avec précision les engagements des parties et comprendre: 1) une description explicite et complète des services que l'organisme

offrir; 2) une justification documentée des coûts et des résultats attendus; 3) la clientèle à desservir (nombre et conditions d'admissibilité); 4) les modalités de référence et de suivi; et 5) les systèmes informatiques à utiliser pour la transmission des données sur les usagers. Comme on peut facilement le constater, ces ententes de service introduisent de véritables rapports de contractants entre les parties.

Cette politique sur l'action communautaire représente fondamentalement une percée au Canada en ce qui a trait à la reconnaissance du mouvement communautaire en tant qu'acteur majeur de la société civile. Ses points forts consistent à reconnaître le caractère d'intérêt public des organismes communautaires, leur contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et le principe du respect de leur autonomie (Québec, 2001a: 4). Tout en soulignant que les organismes communautaires se situent au centre du renouvellement des pratiques sociales québécoises, la politique cherche à préciser les zones de collaboration avec le secteur public afin «d'assurer le respect de l'autonomie des organismes communautaires à déterminer leur mission, leurs orientations, leurs modes et leurs approches d'intervention ainsi que leurs modes de gestion» (Québec, 2001a: 17). Or, au chapitre des ententes de service, rien ne vient préciser à quel niveau elles doivent se situer. En effet, la pratique des ententes de service existait déjà entre certains organismes communautaires et le réseau public, mais presque exclusivement au niveau des régies régionales de santé et de services sociaux ou de certains centres de réadaptation, et très peu au niveau des CLSC¹. En fait, les articles 336 et 337 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec, 1991) stipulaient (et stipulent encore en 2004) que seuls les régies régionales et le MSSS peuvent subventionner les organismes communautaires. Il est vrai que selon une interprétation strictement administrative, les ententes de service ne sont pas des subventions mais des contrats, ce qui permet ainsi de respecter l'esprit de la loi et d'éviter de devoir la modifier. Cependant, la politique sur l'action communautaire concerne l'ensemble du mouvement communautaire au Québec pour lequel, en 2001-2002 (SACA, 2003), le financement par entente de service est plus important (235M \$) que le financement pour la mission globale (196M \$). Les organismes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux ont

¹ Selon le Secrétariat à l'action communautaire autonome, le MSSS a déboursé, en 2002-2003, 50M \$ pour les ententes de service comparativement à 226M \$ pour la mission globale des organismes communautaires. Pour le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, il n'y avait aucun financement à la mission globale, en 2002-2003, et 127M \$ pour les ententes de service. (SACA, 2003)

peut-être été entraînés sur le terrain des ententes de service qui caractérisent les relations entre le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille et les organismes communautaires de ce secteur. Ajoutons que le Secrétariat à l'action communautaire autonome (responsable de l'élaboration de la politique sur l'action communautaire) relève précisément de ce ministère.

En septembre 2001, la politique sur l'action communautaire recevait un appui conditionnel de la majorité des organismes communautaires, mais demeurait muette au sujet des acteurs publics impliqués dans les ententes de service. Pourtant, en décembre 2000, la commission Clair recommandait déjà que ce soit entre les CLSC et les organismes communautaires. Cela a donc laissé le champ libre pour actualiser cette recommandation importante de la commission Clair². À l'été 2004, le Gouvernement du Québec rendait public son *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire* (Québec, 2004a), ainsi qu'un *Cadre de référence en matière d'action communautaire* (Québec, 2004b). Ces documents reprennent les orientations de la politique sur l'action communautaire et viennent en préciser les modalités opérationnelles. On peut y lire que « les trois modes de soutien financier auxquels renvoie la politique [mission globale, projet ponctuel, entente de service] répondent à des logiques différentes qui influencent la relation entre une instance gouvernementale et un organisme communautaire » (Québec, 2004: 19) Ainsi, on reconnaît que les ententes de service procèdent d'une autre logique que celle généralement en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux où elles sont à peu près inexistantes entre les établissements et les organismes communautaires. Le cadre de référence se prononce clairement sur la possibilité de faire des ententes de service entre les établissements de première ligne et les organismes communautaires:

Tout organisme gouvernemental est libre de conclure des ententes de service avec les organismes communautaires intéressés. L'organisme gouvernemental détermine lui-même ses besoins de recourir aux organismes communautaires pour la prestation de

² Cette politique a été précédée d'une proposition (SACA, 2000) soumise à la consultation publique et dans laquelle il est très peu question des ententes de service. Le rapport Larose (Larose, 2000: 12) recommandait de prioriser le financement de base des organismes communautaires autonomes, auquel peuvent s'ajouter « des enveloppes additionnelles convenues dans le cadre d'ententes pour la livraison de services complémentaires » aux services publics. On y dissocie nettement le financement de base des services alternatifs du financement accordé pour la réalisation d'ententes de service sans préciser si ces ententes peuvent être conclues directement avec les établissements publics. Finalement, dans la politique officielle, les ententes de service occupent une place beaucoup plus importante tout en demeurant floues quant à l'acteur public concerné (régie régionale ou établissement de première ligne). Aurait-il été possible qu'il en soit autrement compte tenu de l'influence certaine qu'a exercée le mouvement communautaire dans le processus d'adoption de cette politique?

certaines services ou l'exécution de certains mandats liés à ses champs d'action. (Québec, 2004b: 21)

On réaffirme cependant l'orientation selon laquelle le respect de l'autonomie suppose un recours libre et volontaire aux ententes de service pour les organismes communautaires, et on ajoute que l'approche contractuelle des organismes gouvernementaux doit s'appuyer sur des pratiques administratives respectueuses de l'autonomie des organismes avec lesquels ils traitent. On précise que les ententes de service peuvent être basées sur un coût horaire, par service ou par client, ou encore sur le coût global. Cependant, selon le cadre de référence, la définition des ententes de service demeure la prérogative des organismes gouvernementaux visés, puisque les services attendus sont déterminés par ceux-ci (Québec, 2004: 18).

3. LA LOI SUR LA GOUVERNE

Plusieurs CLSC ont émis des réserves quant à l'établissement des ententes de service et au fait de devenir des bailleurs de fonds du communautaire. Ainsi, dans la région des Laurentides, la régie régionale avait déjà annoncé en 1999 son intention de déléguer aux CLSC des fonctions de financement et de coordination du communautaire dans son plan triennal appelé Mission 2002 (RRSSSL, 1999). La majorité des CLSC de cette région s'y était opposé à l'époque et il aura fallu plus d'autorité et de pouvoir à la régie régionale pour que cette dernière revienne à la charge en 2002 à la faveur de la Loi sur la Gouverne (Québec, 2001b). Cette loi modifiait la Loi sur les services de santé et les services sociaux de manière importante à au moins deux niveaux. Premièrement, les régies régionales se voyaient confier de nouveaux pouvoirs de surveillance et d'enquête (articles 414 et 415) envers les établissements, y compris le pouvoir d'exiger un plan d'action lorsque la gestion d'un établissement est jugée inadéquate. La ligne d'autorité entre les régies régionales et les établissements s'en est trouvée nettement renforcée. Deuxièmement, cette loi a mis en application une autre recommandation du rapport Clair quant à la composition des conseils d'administration (c.a.) des régies régionales qui ont vu le nombre de leurs membres diminuer de moitié. Les représentants du communautaire au c.a. sont passés, quant à eux, de quatre à un. Qui plus est, cet unique représentant n'était plus élu par les organismes communautaires, mais nommé par le ministre. Les organismes communautaires perdaient de la sorte le statut de partenaire majeur dans la planification régionale des services sociosanitaires. Il

s'agit peut-être du point tournant sur le plan législatif entre le paradigme de la participation et de la concertation qui était dominant depuis le début des années 1990 avec la réforme Côté (Québec, 1990) et le nouveau paradigme qui prend forme à la faveur des ententes de service.

4. LA SANTÉ PUBLIQUE

Les directions de santé publique développaient déjà des programmes qui pourraient relever de ce nouveau paradigme par leur contenu souvent prescriptif et par le recours aux ententes de service qu'ils peuvent comporter. Cette approche prescriptive et les ententes de service cohabitent avec un discours en santé publique sur l'empowerment et le développement des communautés qui fait une place centrale aux processus d'habilitation et d'autonomie des personnes et des communautés. À titre d'exemple, le programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) implique un financement destiné aux organismes communautaires (Hétu, 2004). Dès janvier 2003, la moitié des CLSC du Québec était invitée à établir des ententes de service avec des organismes communautaires dans le cadre de ce programme. Le PSJP peut être vu comme le programme-traceur du changement de rôle des établissements publics de première ligne vers la coordination des ressources communautaires locales, ainsi que du changement dans les relations envers le communautaire avec l'entrée en jeu des nouveaux rapports implicites aux ententes de service³. Les plans d'action régionaux en santé publique comportent aussi souvent une approche prescriptive envers les CLSC et leurs partenaires communautaires appelés à se mobiliser ensemble pour réaliser les plans d'action locaux en santé publique qui doivent s'inscrire obligatoirement en continuité avec les plans d'action régionaux depuis l'adoption de la Loi sur la santé publique (Québec, 2001c). En santé publique, comme dans d'autres domaines, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris un mouvement de centralisation, depuis le début des années 2000, après la décennie de décentralisation des années 1990. Une simple

³ Cette nouvelle réalité a fait l'objet d'un projet de recherche financé par l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Dans la première moitié de l'année 2004, nous avons mené une recherche exploratoire sur des pratiques d'entente de service entre quatre CLSC et des organismes communautaires répartis dans deux régions administratives. Le rapport de recherche sera publié en 2005 par le Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS) de l'UQO. À noter que le PSJP a été regroupé avec un autre programme en 2004 pour former le programme des *Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité* (MSSS, 2004b).

donnée indique l'importance de ce mouvement: le nombre de fonctionnaires au MSSS a diminué de 40 % de 1990 à 2000, puis s'est accru de près de 20 % de 2000 à 2004 (Leduc, 2004)⁴.

5. LA POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE

En février 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait enfin publique sa politique de soutien à domicile (MSSS, 2003). Le programme de soutien à domicile est de loin le plus important programme de services de première ligne, et toute orientation ou pratique qui en découlent rejaillissent plus ou moins sur l'ensemble des autres programmes. Cette politique reprend les orientations vues précédemment dans les termes suivants:

Le CLSC est responsable de l'organisation du soutien à domicile et du choix des moyens. En pratique, il offre le soutien requis ou s'assure que le soutien soit offert. [...] Pour remplir son mandat, le CLSC doit établir des ententes avec ses partenaires dont les organismes communautaires (MSSS, 2003, 31-32).

On peut également lire en page 27 et 28 de cette politique que le CLSC demeure le principal prestataire de soins, mais qu'il est de moins en moins engagé dans les services d'aide à domicile qui sont délégués aux organismes communautaires et qu'il doit toujours s'assurer de la qualité des services qu'ils soient offerts par le réseau ou achetés à d'autres fournisseurs. Les balises qui sont données pour que le CLSC puisse s'assurer de la qualité des services sont, par exemple, l'établissement de standards de qualité communs à tous les fournisseurs de services ou la conception d'outils susceptibles d'aider les personnes et leurs proches qui achètent directement des services à faire un choix judicieux d'un fournisseur (guide d'information sur les ressources disponibles, critères de sélection, etc.). Il s'agit de moyens faisant appel à des rapports volontaires de collaboration entre les acteurs, ce qui sera nettement différent dans une mise à jour récente de cette politique comme nous le verrons plus loin.

⁴ Ce point tournant en 2000 correspond aux élections provinciales tenues l'année précédente où le gouvernement du Parti québécois avait payé un lourd prix politique en raison des problèmes chroniques dans le réseau de la santé et des services sociaux. En réponse à cette quasi débâcle politique, le gouvernement du premier ministre Bouchard a entrepris un vaste mouvement de centralisation. Au MSSS, cela s'est traduit par le remplacement du ministre Rochon par la ministre Marois et la mise en place d'un contrôle accru sur les régies régionales de la santé et des services sociaux.

6. LA LOI 25

En décembre 2003, le nouveau gouvernement libéral a fait adopter à toute vapeur la loi 25 ou Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Québec, 2003). Cette loi représente à la fois une continuité et une rupture avec les orientations gouvernementales précédentes. Continuité car la loi 25 crée les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) sous la gouverne d'une nouvelle instance locale soit les centres de santé et de services sociaux (CSSS) issus de la fusion de tous les établissements d'un territoire donné. Continuité également, car la loi 25 fait de ce nouvel établissement public de première ligne une instance locale de coordination des services en lui attribuant une responsabilité et une imputabilité nouvelles sur des questions comme les réseaux intégrés de services (santé mentale, personnes âgées, jeunesse, etc.), le plan d'action local de santé publique, etc. La loi 25 précise à ses articles 27 et 28:

On doit retrouver également dans chacun de ces réseaux les activités et les services d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées de son territoire. La coordination des activités et des services qui se retrouvent dans chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est assurée par l'instance locale, par le biais d'ententes ou d'autres modalités.

Le nouveau rôle des établissements publics de première ligne est ainsi officialisé par la loi 25, de même que les nouveaux rapports qui s'établiront entre eux et les organismes communautaires au travers des ententes de service. Là où il y a rupture avec les orientations précédentes, c'est sur la question de la composition institutionnelle du nouvel établissement public de première ligne et sur les territoires de ces instances « locales ». Depuis de nombreuses années, des réseaux locaux issus de la fusion de CLSC, CHSLD et centre hospitalier (CH) ont été réalisés essentiellement en région, un peu partout au Québec, avec des résultats variables. Il s'agissait des centres de santé qui sont généralement organisés sur la base d'un territoire de CLSC avec un petit hôpital local. Avec la loi 25, il s'agit maintenant de réseaux « locaux » impliquant des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (et comportant des centaines de lits) avec un ou plusieurs CLSC dont le budget et le nombre d'employés représentent une fraction de ceux des CH en question. Le territoire du réseau « local » tend à correspondre maintenant au bassin de desserte du centre hospitalier qui peut regrouper le territoire d'un ou plusieurs CLSC selon le cas. Comme il y a maintenant 95 réseaux locaux au Québec comparativement à près de 160 CLSC ou centres de

santé auparavant, on peut constater que plusieurs territoires des nouvelles structures sont plus sous-régionaux que locaux⁵.

Qu'est-ce qui pose problème avec les bassins de desserte des centres hospitaliers sous-régionaux comme base d'organisation locale des réseaux de services? Tout simplement le fait que ces territoires ne sont pas significatifs d'un point de vue social et communautaire. Les partenaires que les réseaux « locaux » doivent mobiliser (institutions locales, organismes communautaires, etc.) ne se reconnaissent pas dans ces bassins de desserte qui sont des territoires administratifs. Ces partenaires existent en fonction d'une autre réalité, soit celle d'un territoire vécu, en général celui d'un CLSC qui correspond à un quartier, une municipalité ou une municipalité régionale de comté (MRC) selon le cas. La différence entre les deux est déterminante. Sur un territoire vécu, les partenaires se sentent concernés par des problèmes communs et ils ont développé des rapports de proximité et de collaboration entre eux. À l'inverse, les territoires administratifs se caractérisent par le fait qu'ils regroupent des communautés hétérogènes qui n'évoluent pas dans le même environnement socio-économique, voire culturel, et où les acteurs sociaux ne sont pas confrontés aux mêmes problèmes. La mobilisation des acteurs dans un tel contexte est compromise, voire vouée à l'échec. En effet, un des moteurs principaux de la mobilisation des communautés est le sentiment d'appartenance.

De plus, l'expertise de concertation et de mobilisation des communautés a été développée par les CLSC et leurs organisateurs communautaires depuis 30 ans. Cette expertise maintenant acquise et dont les CLSC et les organisateurs communautaires peuvent être fiers n'est pas l'apanage des centres hospitaliers dont la connaissance ou la compréhension du milieu communautaire est nettement moins grande. Dans une recherche en cours et dont le rapport sera publié en 2005, nous avons étudié des pratiques d'entente de service dans le cadre du PSJP qui impliquaient des CLSC non fusionnés avec un centre hospitalier. Malgré les limites de ces pratiques, elles ont été surtout marquées par la recherche, de la part des CLSC, d'un terrain d'entente satisfaisant du

⁵ Pourtant, si on s'en tient aux balises retenues par le MSSS, les territoires des RLSSSS auraient dû se rapprocher de ceux des CLSC: « Le découpage territorial est le plus "naturel" possible; il tient compte des dynamiques locales et des habitudes de consommation des services de santé et des services sociaux de la population. [...] Le territoire est un lieu d'échanges intersectoriels qui contribuent au développement social et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ». (MSSS, 2004c: 4). Il semble bien que les intérêts organisationnels des CH et une certaine vision hospitalo-centriste ont joué lourdement dans le découpage final des territoires des RLSSSS.

point de vue des organismes communautaires et respectueux de leur autonomie. Les personnes rencontrées en entrevue ont estimé qu'il s'agissait de la résultante de plusieurs années de concertation et de partenariat entre ces CLSC et leur milieu, ce qui n'est généralement pas la spécialité des centres hospitaliers. La loi 25 confie donc le mandat stratégique de développer des réseaux locaux de services à une nouvelle instance dont les centres hospitaliers seront les pièces maîtresses et cela sur des territoires souvent contre-productifs⁶. C'est à ces deux niveaux principalement que la loi 25 est en rupture avec les orientations précédentes⁷.

7. PRÉCISIONS SUR LA POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE

En juillet 2004, 15 mois après la parution de sa politique de soutien à domicile, le MSSS rendait public un document intitulé *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* (MSSS, 2004a). Ce texte vise à opérationnaliser les orientations de la politique. On y remplace systématiquement les CLSC par les termes « instances locales » tel que le veut la loi 25. On y précise ainsi les responsabilités des instances locales:

Les instances locales sont responsables de l'organisation et de la coordination des services sur leur territoire. À ce titre, elles doivent convenir des protocoles d'entente avec l'ensemble des partenaires locaux fournisseurs de services, dont les services de soutien à domicile (EESAD, organismes communautaires, pharmacien communautaire, etc.), qu'ils soient ou non partenaires au sein du réseau local. (MSSS, 2004a: 23)

On ajoute que les rôles des instances locales consistent à organiser les services de soutien à domicile; offrir ou s'assurer que les services de soutien à domicile sont offerts; coordonner les

⁶ Voir à ce sujet Bourque (2003).

⁷ Notons encore une fois que l'orientation générale en faveur d'établissements fusionnés sur une base territoriale et dotés d'une fonction de coordination envers les ressources locales était présente bien avant l'arrivée du gouvernement Charest. La plupart des sous-ministres porteurs de cette orientation sont demeurés en place après l'arrivée du ministre Couillard. Ce qui a changé, à partir du 14 avril 2003, c'est la diminution du poids politique des CLSC trop associés au Parti québécois et l'augmentation de celui des CH plus proches du Parti libéral. Nous faisons l'hypothèse que la réélection du gouvernement Landry aurait aussi entraîné une réforme de structures dans le réseau de la santé axée sur les fusions d'établissements, mais en écartant les centres hospitaliers de moyenne et grande taille, c'est-à-dire ceux de plus de 100 lits par exemple, mais en incluant peut-être une partie des centres jeunesse. Une telle réforme aurait donné plus d'importance aux CLSC et aux services de première ligne dans la nouvelle dynamique du réseau. Elle aurait favorisé aussi les MRC comme base des réseaux locaux, donc les territoires des CLSC existants. Quant à la place qui aurait été accordée, dans cette réforme hypothétique, aux organismes communautaires et aux citoyens, il est difficile d'imaginer que le gouvernement Landry aurait pu faire pire que la loi 25.

services; assurer la qualité des services offerts quel que soit le fournisseur; assurer l'évaluation, le suivi et la reddition de comptes. On précise que les services peuvent être offerts par différents fournisseurs de services dont les organismes communautaires, les groupes bénévoles, les entreprises d'économie sociale, l'instance locale ou encore les ressources d'hébergement public ou non institutionnelles (MSSS, 2004a:35). Quant aux ententes de service, leur contenu est déterminé ainsi:

Les protocoles et ententes qui seront conclus ou négociés entre les instances locales et les fournisseurs de services doivent comprendre des aspects tels que les délais de réponse, la nature des services fournis, la compétence des ressources qui offrent les services, les mécanismes d'échange d'informations et de suivi de dossiers, la révision du plan d'intervention et tout élément susceptible d'exercer un contrôle de la qualité des services (MSSS, 2004a:19).

Les nouveaux rapports verticaux entre les établissements publics et les organismes communautaires n'ont jamais été aussi clairement annoncés que dans ce document du MSSS. Le statut des organismes communautaires, des groupes bénévoles et des entreprises d'économie sociale est clairement celui de fournisseurs de services dans le cadre d'un plan de services individualisé et déterminé par un professionnel de l'équipe de soutien à domicile. Ces services sont achetés ou requis par l'instance locale (ou centre de santé et de services sociaux) dans le cadre de protocoles et d'ententes de service. L'instance locale est responsable et imputable de la qualité des services donnés par ces fournisseurs et doit prendre les moyens pour s'en assurer. Ces moyens renvoient *au contrôle de la qualité des services*. Nous sommes loin des moyens suggérés dans la politique de soutien à domicile (MSSS, 2003) qui en appelaient à une approche volontaire de concertation entre les partenaires. Il y a là un saut qualitatif dans les rapports entre établissements publics et organismes communautaires que la politique de 2003 annonçait, mais qui a été très rapidement atteint en quinze mois avec l'accélérateur que constitue la loi 25. Rappelons que le programme de soutien à domicile est de loin le plus important programme de services de première ligne, et que les pratiques qui y sont développées ne peuvent être ignorées par les autres programmes.

II - LE DISCOURS PARADOXAL OU LE DOUBLE REGISTRE

Nous avons souligné, en introduction, que la nouvelle donne semble se mettre en place en parallèle d'un discours officiel du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son ministre qui reconnaît le principe de l'autonomie des organismes communautaires et des autres partenaires des centres de santé et de services⁸. Ainsi, le ministre Couillard énonçait les principes suivants en regard de la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux:

Nous allons favoriser une approche de concertation dans les milieux qui sera l'aboutissement et le prolongement naturels de notre expérience de décentralisation de la gestion du système de santé et de services sociaux. Pour tout dire, notre gouvernement entend substituer au *discours* de la décentralisation, la véritable *pratique* de la décentralisation (Couillard, 2003: 13).

Ce thème de la concertation implique des rapports non hiérarchiques entre des partenaires autonomes. D'ailleurs, le ministre qualifie les réseaux locaux de « structures de concertation » (idem: 14) qui ont certes des responsabilités de coordination, mais dans une perspective bien spécifique:

C'est que la coordination, dans un secteur comme le nôtre qui échappe aux lois du marché, reposera toujours sur la coopération et la confiance qui s'établissent et se renforcent entre les partenaires. Les ententes interétablissements et interorganismes seront toujours insuffisantes. Ou plutôt, elles sont utiles lorsqu'elles viennent formaliser et consolider des liens qui se sont d'abord noués au travers des rapports et des rapprochements que des intervenants ont d'abord réalisés. Les ententes prennent un sens grâce à la reconnaissance de la compétence de l'autre que seuls des individus se reconnaissent (Couillard, 2003: 16).

Voilà une perspective qui situe la coordination dans une dynamique différente de celle qui risque de s'établir entre un CSSS et ses « fournisseurs de services ». Cependant, dans un document

⁸ Le double registre semble aussi présent du côté du ministre Béchar, responsable de la politique sur l'action communautaire qui, dans son Plan d'action en matière d'action communautaire (Québec, 2004a), tient un double discours. D'une part, le ministre réaffirme le respect de l'autonomie du communautaire et affirme vouloir consolider le financement de leur mission de base. D'autre part, il met en place un processus d'évaluation et d'encadrement du communautaire qui doit mener « à évaluer la pertinence du financement accordé au communautaire et à éliminer les possibles chevauchements » (Québec, 2004a: 17). Le ministre ajoute, dans son Cadre de référence, « qu'à défaut de réévaluer leurs orientations et de réorienter leurs activités, certains organismes seront appelés à être remplacés par d'autres mieux adaptés aux besoins de l'heure » (Québec, 2004b: 15).

fondateur des RLSSSS et intitulé *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, le MSSS demeure on ne peut plus vague sur ces réseaux locaux comme si le concept demeurait un slogan et n'était pas opérationnel. Rien n'indique, en effet, comment devrait fonctionner les RLSSSS, les relations entre eux et les CSSS, etc. Cette absence de balises et de normes quant au fonctionnement des RLSSSS comporte des contraintes en permettant aux dirigeants des CSSS qui y croient peu d'en faire n'importe quoi y compris une coquille vide. Par ailleurs, elle présente des opportunités (par la marge de manœuvre disponible) pour ceux qui désirent renouveler les pratiques de partenariat entre les acteurs locaux, et les pratiques de participation citoyenne sur les enjeux de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, toujours dans ce dernier texte, le MSSS réaffirme le principe de l'autonomie du communautaire de la manière suivante :

La contribution des organismes communautaires comme partenaires du réseau de la santé et des services sociaux est reconnue et primordiale. Les modalités de collaboration avec le milieu communautaire doivent se réaliser en respectant l'autonomie de ces organismes et en observant les termes de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire (MSSS, 2004c: 8).

Le MSSS aurait pu aussi référer aux termes mêmes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec, 1991) dont l'article 336 (toujours en vigueur en 2004) précise que les organismes communautaires définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches.

Dans les discussions qui ont entouré l'adoption de ce document fondateur (qui a connu au moins six versions de travail), les regroupements provinciaux d'organismes communautaires ont obtenu que leur financement en provenance du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) fasse l'objet d'un moratoire de deux ans. Ainsi, pendant cette période, le financement relié au PSOC continuera de provenir des agences régionales. Ce moratoire ne concerne toutefois pas le financement relié aux ententes de service. Ces discussions ont mis la table pour la réaffirmation du principe de l'autonomie des partenaires communautaires, ce qui indique que lorsque les organismes communautaires sont interpellés et impliqués dans ce type de débat, des

gains (ou à tout le moins le maintien des acquis) sont possibles. Or, les organismes communautaires n'ont justement pas été interpellés ou impliqués dans les travaux entourant le document *Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile* (MSSS, 2004a). Rappelons aussi qu'ils ne peuvent déléguer ou mandater leurs représentants aux conseils d'administration des agences régionales et des centres de santé et de services sociaux. En l'absence d'un réel pouvoir de représentation et d'influence, les organismes communautaires n'auront pas la même opportunité de faire valoir leur vision des rapports de partenariat que celle qu'ils ont eue lors des discussions avec le MSSS entourant l'adoption du document fondateur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Toujours au chapitre des paradoxes, la loi 25 affirme poursuivre, parmi ses objectifs, celui de rapprocher la prise de décision de ceux qui utilisent les services (MSSS, 2004c: 1). Or, la loi 25 abolit les mécanismes de représentation démocratique des usagers aux c.a. des CSSS. On renvoie au niveau local la responsabilité d'opérationnaliser la participation citoyenne aux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux:

C'est à l'échelle locale que devront s'intensifier les initiatives pour mettre à contribution la population dans la réflexion et dans la prise de décision entourant l'organisation des services. L'instance locale devra, pour chaque territoire local, définir les modalités de participation pour les citoyens et les usagers qui sont adaptées aux particularités territoriales (MSSS, 2004c: 11).

Voilà qui peut constituer un défi stimulant pour les organisateurs communautaires qui recevraient un tel mandat.

III - PROBLÉMATIQUE, ENJEUX ET DÉFIS

1. PROBLÉMATIQUE

Certains se demanderont quel est le problème avec le nouveau rôle de coordination des CSSS et les ententes de service dans la mesure où:

1. Le mouvement d'action communautaire autonome maintient le cap sur sa revendication en faveur d'une hausse du financement de base pour le rendre satisfaisant et le maintenir dominant par rapport au financement consacré aux ententes de service.
2. Les ententes de service se concluent de gré à gré entre les parties en respectant l'autonomie du communautaire et sa liberté de choix.

La réponse à une telle question fait appel à une connaissance de la dynamique des rapports entre les organismes communautaires et les établissements publics qui fait quelquefois défaut dans les agences régionales et au MSSS. En fait, le nouveau rôle de coordination des CSSS et les ententes de service posent les problèmes suivants:

1. Ils introduisent de nouveaux rapports entre les établissements publics et les organismes communautaires. Il s'agit de rapports contractuels (donc hiérarchiques) où l'établissement acquiert un pouvoir sur l'organisme, entre autres, par le financement, dans la reddition de compte et sur le contrôle de la qualité des services. En parallèle, l'établissement devra continuer à entretenir d'autres types de rapports avec les mêmes organismes communautaires dont des rapports de collaboration dans des projets d'action intersectorielle ou des programmes volontaires qui n'impliquent pas d'ententes de service. Bien plus, certains de ces mêmes organismes communautaires seront aussi des groupes-usagers de l'établissement en recevant des services professionnels par l'entremise des organisateurs communautaires. Comment faire cohabiter ces différents types de rapports? Concrètement, comment solliciter la mobilisation volontaire d'un organisme communautaire dans une cible du plan d'action local en santé publique quand l'établissement vient de lui refuser une entente de service au profit d'un autre groupe ou quand l'établissement fait pression sur lui pour sa reddition de compte ou pour améliorer sa qualité de service dans le cadre d'une entente de service? Comment traiter une offre d'entente de service qui

proviendrait d'un organisme communautaire qui reçoit des services d'un organisateur communautaire qui a aidé le groupe à préparer cette offre par rapport à une offre d'un autre organisme communautaire qui n'a pas reçu cette aide? Etc., etc.

2. Les ententes des services introduisent également des difficultés certaines chez les organisateurs communautaires des établissements publics. Le rôle d'un organisateur communautaire est de développer le pouvoir d'agir et l'autonomie des organismes communautaires, entre autres, dans leurs rapports avec leurs bailleurs de fonds. Ce rôle peut entrer en conflit avec le statut de professionnel rattaché à l'établissement public avec lequel l'organisme négocie une entente de service. Les intérêts organisationnels des établissements et des organismes communautaires ne seront pas toujours convergents et les organisateurs communautaires risquent d'être coincés entre les deux. Les établissements seront tentés d'utiliser les organisateurs communautaires pour convenir ou négocier les ententes avec les organismes communautaires. Des organismes communautaires pourraient souhaiter que l'organisateur communautaire prenne fait et cause pour eux et aille jusqu'à les représenter ou à les accompagner dans les négociations. Ce possible rôle d'agent de liaison entre l'établissement et les organismes communautaires est réducteur par rapport à celui d'agent d'animation et de développement des communautés.

3. Les ententes de service et le rôle de coordination arrivent en même temps que la mise en place des CSSS. Ces nouveaux établissements, dont les centres hospitaliers sont souvent la pièce maîtresse, ont à faire leur preuve quant à leur capacité de composer adéquatement avec leur milieu, particulièrement avec les organismes communautaires. Ils seront au centre (comme les CLSC auparavant) d'une dynamique paradoxale (Bourque et Favreau, 2004) à la jonction d'une logique descendante (en provenance du MSSS, des agences régionales, des directions de santé publique) et d'une logique ascendante (en provenance des acteurs locaux, dont les organismes communautaires et des communautés). Les CSSS sont appelés à exercer une fonction de médiatisation entre ces deux logiques au profit des populations qu'ils desservent. Pour jouer efficacement son rôle, un CSSS ne peut se cantonner dans une fonction de courroie de transmission de la logique descendante vers son milieu, même si le nouveau rôle des établissements publics et les ententes de service lui donnent plus de pouvoirs pour ce faire. Ainsi,

une approche très administrative (et peu stratégique ou politique) des ententes de service pourrait ouvrir la porte à leur généralisation sur le terrain avant même d'en évaluer leur impact et ce, à la faveur des modes gestionnaires comme l'impartition ou la sous-traitance. Or, la contribution des organismes communautaires aux nouveaux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dépasse largement le rôle de fournisseurs de services. Ils comptent parmi les acteurs locaux les plus importants dans la mobilisation des communautés qui est essentielle à leur développement et qui est un facteur déterminant de l'amélioration de l'état de santé des populations (INSPQ, 2002). La santé est en fait le corollaire du développement des communautés et de la participation sociale, et de ce fait, exige beaucoup plus que des réseaux de services intégrés. Une approche strictement administrative des ententes de service risquerait donc de compromettre la mobilisation des communautés.

4. Les ententes de service pourraient théoriquement ne pas poser trop de problèmes dans la mesure où elles se concluent de gré à gré entre les parties en respectant l'autonomie du communautaire et sa liberté de choix. Ceci suppose que le communautaire a la capacité d'exercer cette liberté de choix face aux ententes de service, ce qui est faux dans bien des cas. Ainsi, dans la recherche en cours sur les ententes de service dans le cadre du PSJP, des organismes communautaires nous ont dit ne pas avoir eu le choix de convenir d'une entente de service parce qu'ils avaient la conviction que s'ils refusaient, ils se pénalisaient dans leurs rapports présents et futurs avec le réseau public et d'autres bailleurs de fonds. Beaucoup d'organismes communautaires reçoivent des services des établissements publics (photocopies, locaux, services professionnels, prêt d'équipement, etc.) dont ils ont besoin et qu'ils ne voudront pas mettre en péril en refusant des ententes de service. Par ailleurs, la compétition existant entre des organismes communautaires fait pression pour que chacun obtienne le maximum de financement, même si ce dernier provient d'une entente de service. Enfin, il existe un effet d'entraînement, sinon un sentiment de fatalité, face aux ententes de service qui semblent maintenant incontournables pour plusieurs⁹. Dans ce contexte, faire cavalier seul en refusant une entente de service n'est pas à la portée de bien des organismes communautaires.

⁹ Ainsi, dans une région, la régie régionale avait offert à l'ensemble des organismes communautaires touchés par le PSJP la possibilité de convenir des ententes de service directement avec elle au lieu des CLSC. Aucun des

2. ENJEUX ET DÉFIS

Pour les organismes communautaires, la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et les programmes comprenant des ententes de service comme celui du soutien à domicile représentent des enjeux majeurs dont celui du maintien de leur identité et de leur autonomie. Leur statut d'acteur social d'intérêt public pourrait être mis en péril au profit d'un rôle de fournisseur de services sous contrat avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Le défi principal consiste alors à trouver une voie représentative pour se faire entendre et reconnaître des CSSS comme partenaire à l'orientation et à la mise en place des réseaux locaux (et non comme simple exécutant dans les plans de services individualisés). Les organismes communautaires pourraient exiger d'être partie prenante de la mise en place du réseau local — ou à tout le moins d'être consultés — tout en respectant le droit le plus strict des organismes communautaires qui le désirent de ne pas être partenaires de ce réseau. Les organismes communautaires devront aussi relever le défi de gérer adéquatement l'inévitable compétition qui existe entre certains d'entre eux dès qu'il est question de financement. Il serait sans doute préférable de négocier collectivement et en front commun avec les CSSS les politiques devant encadrer les protocoles et les ententes de service.

Les CSSS font face aussi à des défis relatifs à la nouvelle donne des rapports entre eux et les organismes communautaires. Il s'agit, entre autres, de faire cohabiter des rapports de collaboration et des rapports contractuels auprès des mêmes organismes communautaires (Bourque *et al.*, 2003). En effet, toutes les interfaces entre les CSSS et les organismes communautaires ne passeront pas par des ententes de service impliquant du financement. Par exemple, dans le cadre du plan d'action local en santé publique, les CSSS chercheront à mobiliser leur milieu afin d'entreprendre des actions intersectorielles¹⁰ visant l'amélioration de la santé des populations. D'ailleurs, le MSSS donne le mandat suivant aux CSSS:

organismes communautaires ne s'est prévalu de cette offre, préférant faire des ententes avec leur CLSC. Comme le disait une directrice d'organisme communautaire: « Puisque ça s'en vient de toute façon, aussi bien commencer tout de suite ».

¹⁰ L'action intersectorielle implique les organismes communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux, ceux œuvrant dans les autres secteurs (développement économique, logement social, défenses des droits, etc.), les établissements de santé et de services sociaux, les municipalités, les commissions scolaires, les différents ministères, etc. autour de questions de santé et de bien-être.

De plus, l'instance locale établira des modalités de participation des citoyens et des usagers, adaptées aux particularités territoriales, et animera les collaborations intersectorielles avec les municipalités, les commissions scolaires, le milieu de l'habitation et d'autres organismes préoccupés par la santé et le bien-être de la population (MSSS, 2004c: 12).

Les CSSS ne pourront pas d'une main agir d'autorité et de manière hiérarchique envers le communautaire, et de l'autre main, solliciter son implication et sa mobilisation dans le développement des communautés qui constitue une stratégie de base et même un domaine d'intervention en santé publique (Bourque et Favreau, 2004). Les organismes communautaires ne sont pas des fournisseurs au même titre que l'entreprise de déneigement ou l'entreprise de location de photocopieurs qui desservent le centre hospitalier. L'approche par appel d'offre et d'allocation du contrat au plus bas soumissionnaire ne peut s'appliquer ici, même si sur le plan administratif, elle est beaucoup plus simple et facile que l'approche de concertation. Or, même en gestion du personnel, les établissements publics reconnaissent depuis longtemps les avantages d'une gestion participative et responsabilisante. Pourtant, le personnel en question se situe dans un rapport d'autorité avec l'établissement, ce qui n'est pas le cas des organismes communautaires autonomes. Bien plus, les organismes communautaires tirent leur essentialité non pas uniquement des services qu'ils offrent, mais de la fonction sociale qu'ils remplissent. Cette fonction renvoie au développement de l'innovation qui les caractérise, à la pluralité des approches qu'ils véhiculent, à la promotion de la citoyenneté, à la qualité de leurs réponses aux besoins des personnes et des collectivités, à leur potentiel de mobilisation communautaire et citoyenne, etc. Tout cela fait l'originalité et la différence du communautaire par rapport aux services publics (ou privés). Voilà pourquoi il est important de mettre en place des pratiques d'interfaces entre le réseau public et le communautaire qui préservent et favorisent cette originalité et l'apport spécifique du communautaire. Dans ce sens, la prise en compte de l'autonomie du communautaire n'est pas une fin en soi, mais un moyen pour arriver à rendre productifs les rapports de partenariat dont l'enjeu dépasse les intérêts organisationnels des acteurs puisqu'ils renvoient au développement des communautés en santé. La stratégie gagnante à ce chapitre, comme l'a démontré depuis longtemps l'expérience des CLSC, est celle de l'addition des forces (sociales, économiques, culturelles, institutionnelles) d'un milieu plutôt que la simple hiérarchisation des services.

Comme l'écrit Lachapelle (2004), les organisateurs communautaires, quant à eux, font face au défi de maintenir la mobilisation en ayant assez de vision et en affichant leurs principes. Ils se retrouvent de nouveau à la jonction de la société civile et des dispositifs étatiques de services publics. Leur capacité de composer avec la dynamique de la double allégeance sera particulièrement mise à l'épreuve. Les conflits éthiques risquent d'être plus aigus. Ils devront être particulièrement stratégiques en exploitant les paradoxes et la marge de manœuvre qui se dégagent des politiques du MSSS et du double registre des rapports réseau public/communautaire. Il leur faudra aussi faire reconnaître leur expertise sur la base de leurs compétences et de leurs valeurs. Il pourrait être opportun de prendre les devants et de rencontrer les équipes de direction ou les conseils d'administration des CSSS afin de les informer sur la profession d'organisateur communautaire, des dossiers menés localement, de la réalité des organismes communautaires ainsi que des pratiques de concertation existant sur le terrain. La place de l'organisation communautaire dans le plan d'organisation des CSSS aura aussi son importance. Les organisateurs communautaires de la région de la Beauce et des Etchemins proposent un modèle d'organisation très intéressant des services d'organisation communautaire en CSSS (Bergeron, 2004). Enfin, des alliances à l'interne avec des cadres et d'autres professionnels (et pourquoi pas via le conseil multidisciplinaire) sont à développer ou à consolider. Il en va de même avec les organismes communautaires dans une stratégie offensive visant à interpeller les CSSS afin de rendre transparent, participatif et démocratique le processus de mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

CONCLUSION

Sur le plan des principes, la réforme Couillard poursuit des objectifs valables, dont les suivants:

- offrir des services plus personnalisés et accessibles, dans une perspective populationnelle et territoriale;
- agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population;
- consolider le partenariat avec les acteurs concernés par la distribution des services (MSSS, 2004c: 1).

Vouloir rapprocher du terrain certains lieux de décision en confiant aux CSSS des fonctions de coordination qui relevaient jusque-là des agences régionales constitue aussi un objectif valable en soi. Cependant, plusieurs des moyens retenus peuvent compromettre l'atteinte de ces objectifs. Parmi ceux-ci, mentionnons la composition institutionnelle des CSSS autour des centres hospitaliers, leur territoire souvent sous-régional plutôt que local, le flou entourant l'opérationnalisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, l'approche fournisseurs de services et les rapports hiérarchiques qui en découlent, la non-représentation démocratique des organismes communautaires et des citoyens aux c.a. des CSSS, etc. Compte tenu de ces importantes limites structurelles, l'expérience des CLSC, des organismes communautaires et des organisateurs communautaires devra être plus que jamais mise à contribution dans la dynamique des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux pour en augmenter le potentiel de réussite. En d'autres mots, une des conditions de succès des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux réside dans la capacité des CSSS de mobiliser les acteurs de leur milieu (communautaires, institutionnels, privés) et de susciter leur engagement dans l'action concertée librement consentie visant la résolution de problématiques prioritaires. La composante CLSC des CSSS, sa culture de concertation et son personnel (dont le personnel cadre) ainsi que les organisateurs communautaires de CLSC et leur expertise constituent une des clés du succès des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Nous assistons à la transition du paradigme de la participation et de la concertation, dominant depuis le début des années 1990 avec la réforme Côté (Québec, 1990), au nouveau paradigme

qui prend forme à la faveur de la création des CSSS et de la mise en place des ententes de service. En fait, le paradigme précédent est toujours présent et cohabite encore avec le nouveau. Dans ce sens, il existe un double registre dans les rapports entre les établissements publics et les organismes communautaires. 1- le registre du partenariat qui fait appel à la concertation volontaire et au respect de l'autonomie et 2- le registre des ententes de service qui place les établissements publics (en l'occurrence les CSSS) en position de coordination des ressources communautaires (et de contrôle de la qualité des services) et de rapports contractuels. Ce double registre comporte son lot de contraintes avec lesquelles il faudra composer dans les prochaines années, mais aussi des opportunités.

En terminant, une question demeure sans réponse : comment le MSSS a pu mettre en place de tels changements concernant le rôle des établissements publics de première ligne envers leur milieu ainsi que la nature de leurs rapports avec les organismes communautaires, sans débat public préalable et sans mettre dans le coup les principaux intéressés soit ces établissements et leur personnel ainsi que les organismes communautaires? Le déficit démocratique dans la gestion du système sociosanitaire au Québec dont faisaient état Bélanger et Lévesque (1992), au début des années 1990, semble toujours vivant aujourd'hui.

RÉFÉRENCES

- Bélangier, P.-R. et B. Lévesque (1992). « Le mouvement populaire et communautaire: de la revendication au partenariat (1963-1993) », Daigle, G. et G. Rocher. *Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 713-747.
- Bergeron, F. (2004). *Les services d'organisation communautaire au Centre de Santé et de Services Sociaux de....., Proposition d'organisation, Juin 2004*, Centre de Santé des Etchemins, 26 p.
- Bourque, D. (2002). *Partenariat territorial et transformation des services et du système sociosanitaires au Québec*, thèse de doctorat, École de service social, Université Laval, 323 p.
- Bourque, D. (2003). *Partenariat territorial: une étude de cas*, Cahier du CÉRIS: série Recherches, n° 26, Université du Québec en Outaouais, 46 p.
- Bourque, D, Barrette R. et J.-P. Vézina (2003). « Conditions changeantes de mobilisation des communautés », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.15 n° 2, 208-213.
- Bourque, D. et L. Favreau (2004). « Le développement des communautés: les concepts, les acteurs et les conditions de succès », *Développement social*, vol.4, n° 3, 26-29.
- Couillard, P. (2003). *Notes du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, pour la conférence d'ouverture du Congrès de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec*, Québec, 22 mai 2003, 17 p.
- Favreau, L. et Y. Hurtubise (1993). *CLSC et communautés locales. La contribution de l'organisation communautaire*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Héту, J.-P. (2004). « Grandeur et misère des programmes d'intervention précoce », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.16 n°1, 207-214.
- INSPQ (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, 46 p.
- Lachapelle, R. (2004). « S'opposer et résister pour l'avenir des CLSC », *Interaction communautaire*, no 66, été 2004, 7-8.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin.
- Leduc, G. (2004). « Nombre d'employés en hausse dans le réseau », *Le Soleil*, lundi, 19 juillet 2004, p. A12.
- MSSS (2002). *Le programme de soutien aux jeunes parents. Document initial pour la première phase de l'implantation*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 44 p.
- MSSS (2003). *Chez-soi: le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 p.

- MSSS (2004a). *Chez-soi: le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 39 p.
- MSSS (2004b). *Les services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 107 p.
- MSSS (2004c). *L'intégration des services de santé et des services sociaux Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 19 p.
- Panet-Raymond, J. et D. Bourque (1991). *Partenariat ou Pater-nariat?*, Rapport de recherche sur la collaboration entre établissements publics et organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées à domicile, École de service social, Université de Montréal, 175 p.
- Québec (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 91 p.
- Québec (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, L.R.Q, c. 42.
- Québec (2000). *Rapport et recommandations. Les solutions émergentes*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec. 408 p.
- Québec (2001a). *L'action communautaire une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 59 p.
- Québec (2001b). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Gouvernement du Québec, chapitre 24.
- Québec (2001c). *Loi sur la santé publique*, Québec, Gouvernement du Québec, chapitre 60.
- Québec (2003). *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, chapitre 21.
- Québec (2004a). *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*, Québec, Secrétariat à l'action communautaire autonome, 21p.
- Québec (2004b). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, Québec, Secrétariat à l'action communautaire autonome, 95 p.
- RRSSSL (1999). *Plan de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides 1999-2002 Les orientations générales*, St-Jérôme, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 40 p.
- SACA (2000). *Proposition de politique Le milieu communautaire: un acteur essentiel au développement du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 55 p.
- SACA (2003). *État de situation de l'intervention gouvernementale en matière d'action communautaire. Édition 2002-2003*, Québec, Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec, 76 p.