

Ce document est disponible sur l'Observatoire en économie sociale et en développement régional : <http://www.uqo.ca/observer>

**Bourque, D. (2004).** «Nouvelle configuration des services sociaux et de santé: Quel rôle pour les associations et organismes communautaires?», *L'Abri*, revue de l'Association Québécoise des Personnes Aphasiques ( AQPA ), vol. 6, no 3, 13-22.

NOUVELLE CONFIGURATION DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ : QUEL  
RÔLE POUR LES ASSOCIATIONS ET ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ?

Denis Bourque  
Professeur  
Département de travail social et des sciences sociales  
Université du Québec en Outaouais ( UQO )



## INTRODUCTION

Les services sociaux et de santé sont en profonde reconfiguration au Québec depuis le début de l'année 2004. La base institutionnelle de ces services est maintenant le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), né de la fusion des CLSC, CHSLD et des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Ils sont dorénavant regroupés autour d'un territoire géographique précis et en fonction de programmes-services récemment redéfinis par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Depuis peu, se profile donc une nouvelle donne qui origine d'orientations gouvernementales [ Rapport Clair, Politique de soutien à domicile ; Loi 25; Précisions sur la politique de soutien à domicile, Projet clinique ] qui impliquent des changements majeurs quant au rôle des établissements publics de première ligne (maintenant appelés centres de santé et de services sociaux ou CSSS). 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 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 ». De plus, les CSSS doivent convenir d'ententes de service avec les organismes communautaires dans l'ensemble des programmes-services sous leur gouvernement. Ces ententes de service impliquent le versement de subventions et la reddition de comptes pour une prestation de services prédéfinis dans le cadre de réseaux intégrés de services. 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 associations et organismes communautaires. En même temps, le discours officiel du MSSS et de son ministre reconnaît le principe de l'autonomie des organismes communautaires en tant que partenaires des CSSS. Ces derniers sont mêmes tenus de mobiliser les partenaires et la population dans la définition de leur « projet clinique » (que nous examinerons plus loin) qui orientera l'organisation des services sociaux et de santé au plan local. Voilà comment se met en place (ou se poursuit) une autre dynamique paradoxale fait

d'ambiguïtés qui caractérise depuis toujours les rapports entre le réseau public et les associations et organismes communautaires. Il y aurait maintenant une sorte de double registre à ces rapports: le registre du partenariat et celui des ententes de service. Cette dynamique paradoxale et ce double registre comportent d'importantes contraintes, mais peuvent représenter aussi 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 associations et organismes communautaires ainsi que pour les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

## LES PRINCIPAUX JALONS DE LA NOUVELLE DONNE

### LE RAPPORT CLAIR

En décembre 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, ou Commission Clair, déposait son rapport qui proposait le regroupement sous un seul conseil d'administration des établissements publics de première ligne (y compris le petit hôpital local) d'un même territoire correspondant généralement au territoire d'un CLSC. Les CLSC étaient au centre de cette instance locale responsable de l'intégration et de la continuité des services sur son territoire. Le rapport Clair propose que «les régies régionales amorcent et supervisent la création de réseaux de services intégrés et en confient la responsabilité aux CLSC». Il propose aussi : «Que le CLSC ait la responsabilité de coordonner les ressources de la communauté requises pour répondre aux besoins de sa population». 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 (maintenant CSSS) et les associations et organismes communautaires, comme nous le verrons plus loin, particulièrement dans le cadre où le même rapport, stipule que le CLSC est imputable des ententes de service à établir avec les organismes communautaires.

## LA POLITIQUE DE SOUTIEN À DOMICILE

En février 2003, le MSSS rendait enfin publique sa politique de soutien à domicile. Le programme de soutien à domicile est de loin le plus important programme de services de première ligne, et les orientations ou pratiques qui en découlent rejaillissent plus ou moins sur l'ensemble des autres programmes-services. 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. Pour remplir son mandat, le CLSC doit établir des ententes avec ses partenaires... ( MSSS, 2003, 31-32 ).*

Le CLSC demeure le principal prestataire de soins, mais il est de moins en moins engagé dans les services d'aide à domicile qui sont délégués aux organismes communautaires et d'économie sociale. Le CLSC doit toujours cependant 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 que nous examinerons plus loin.

## LA LOI 25

En décembre 2003, le nouveau gouvernement libéral fit 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. 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 CSSS. Continuité également, car la loi 25 fait de ce nouvel établissement public de première ligne une instance 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 en santé publique, etc. La loi 25 précise :

*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.*

La loi rompt toutefois avec les orientations précédentes, 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, de centres d'hébergement et de soins de longue durée et de centres hospitaliers ( CH ) ont été réalisés essentiellement en région, un peu partout au Québec, avec des résultats variables. Il s'agissait des centres de santé qui étaient 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 » correspond alors 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 locaux<sup>1</sup>.

Ce qui pose problème avec les bassins de desserte des centres hospitaliers comme base d'organisation locale des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est simplement le fait que ces territoires sont peu significatifs d'un point de vue social et communautaire. Les partenaires que les réseaux « locaux » doivent mobiliser ( institutions locales, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, etc. ) ne se reconnaissent souvent 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 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. P. White (1994) parle ici de communauté existentielle par rapport à la communauté instrumentale «définie en fonction de ce qu'elle fait plutôt que de sa signification pour ses membres». Ainsi, les territoires administratifs sont davantage déterminés par des frontières bureaucratiques et se caractérisent par l'amalgame de 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 sera nettement plus difficile, voire compromise. En effet, un des moteurs principaux de la mobilisation des communautés est le sentiment d'appartenance. La loi 25 confie donc le mandat stratégique de développer des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à une nouvelle instance dont les centres hospitaliers seront les pièces maîtresses et cela sur des territoires qui risquent d'être contre-productifs<sup>2</sup>. C'est à ces deux niveaux principalement que la loi 25 est en rupture avec les orientations précédentes.

## **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*. Ce texte vise à opérationnaliser les orientations de la politique. On y remplace systématiquement les CLSC par les termes «instances locales» (synonyme de CSSS ou centre de santé et de services sociaux) 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 (EÉSAD<sup>3</sup>), 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 ou CSSS consistent à organiser les services de soutien à domicile; offrir ou s'assurer que les services de soutien à domicile sont offerts; coordonner les services; assurer la qualité des services offerts quel que soit le fournisseur; et 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, le CSSS ou encore les ressources d'hébergement public ou non institutionnel. 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 ).*

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 du CSSS. Ces services sont achetés ou requis par le CSSS dans le cadre de protocoles et d'ententes de service. Le CSSS est responsable et imputable de la qualité des services donnés par ces fournisseurs et doit prendre les moyens pour la contrôler au moyen des ententes de service. Nous sommes loin des moyens suggérés dans la politique de soutien à domicile 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-services.

## LE PROJET CLINIQUE

À l'automne 2004, le MSSS publiait une série de trois documents sur le Projet clinique que chacun des CSSS doit adopter en 2005. Le projet clinique vise 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 relatives à la promotion-prévention, le diagnostic, les interventions ou traitements, 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 longuement souhaité, d'une

responsabilité territoriale et populationnelle de la part des établissements publics. Les CSSS devront donc définir leur projet clinique 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;

De plus, les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation de tous les partenaires du territoire à la définition du projet clinique. Le MSSS ajoute également que la participation des usagers et de la population est aussi nécessaire pour influencer la prise de décision en matière d'organisation des services de santé et sociaux. Le projet clinique pourrait donc représenter une ouverture et une prise sur l'organisation des services locaux comme jamais auparavant autant pour les associations, les organismes communautaires et les populations. Pour les associations et organismes communautaire, il s'agit d'une opportunité d'être partie au débat sur les problèmes et les besoins prioritaires de leur communautés et des personnes vulnérables.

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, surtout pas en termes hiérarchiques. Il y a lieu de s'inquiéter aussi du principe du «contrôle de la qualité » selon lequel un tel contrôle relève du CSSS. À quoi sert alors d'avoir un conseil d'administration si la qualité des services d'une association ou d'un organisme communautaire est contrôlée par le CSSS ? De plus, le MSSS élabore longuement sur le principe de la standardisation des pratiques expliqué ainsi: «Les CSSS, pour

assurer une qualité et une hiérarchisation appropriée des services, doivent mettre en place la standardisation des pratiques ». 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, contrôle de la qualité, standardisation ) contrastent avec le discours de mobilisation des partenaires autonomes à la définition d'un projet clinique aux couleurs locales. Ceci semble relever d'un double registre: le registre du partenariat qui fait appel à la concertation volontaire et au respect de l'autonomie, et le registre des ententes de service qui place les CSSS en position de pouvoir sur les associations et organismes communautaires.

## LE DISCOURS PARADOXAL OU LE DOUBLE REGISTRE

Le discours officiel du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son ministre reconnaît toujours le principe de l'autonomie des associations et organismes communautaires vus comme des partenaires des CSSS. Ainsi, le ministre Couillard énonçait les principes suivants pour 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» 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 ». Ce double registre comporte des contraintes en permettant aux CSSS qui le souhaiteraient d'établir des rapports d'autorité envers leurs « partenaires », mais, par ailleurs, il peut présenter des opportunités (par la marge de manœuvre disponible ) en termes de renouvellement des pratiques de partenariat entre les acteurs locaux, et les pratiques de participation citoyenne sur les enjeux de santé et de services sociaux pour les communautés et pour les personnes vulnérables.

## **LA PROBLÉMATIQUE DES NOUVEAUX RAPPORTS**

Mais quel est donc le problème avec le nouveau rôle de coordination des CSSS et avec les ententes de services dans la mesure où elles se concluent de gré à gré entre les parties en respectant l'autonomie des associations et organismes communautaires et leur liberté de choix ?

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 public acquiert un pouvoir sur l'organisme par le financement, la reddition de compte, et le contrôle de la qualité des services. En parallèle, l'établissement devra continuer à entretenir d'autres types de rapports avec les mêmes organismes. Le MSSS donne le mandat suivant aux CSSS:

*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 devront faire cohabiter des rapports de collaboration et des rapports contractuels auprès des mêmes organismes communautaires. Ils pourront difficilement d'une main agir d'autorité et de manière hiérarchique envers leur milieu, et de l'autre main, solliciter son implication dans des projets d'action intersectorielle visant le développement des communautés qui ne comportent pas d'ententes de service, mais qui constituent une stratégie de base et même un domaine d'intervention en santé publique. La contribution des organismes communautaires aux projets cliniques va donc au-delà de celle de fournisseurs de service. Ils comptent

effectivement parmi les acteurs locaux les plus importants dans la mobilisation des communautés qui est facteur déterminant de l'amélioration de l'état de santé des populations dans la perspective de la santé publique. 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 et hiérarchique des ententes de service risquerait de compromettre la mobilisation des communautés. De 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 projet intersectoriel 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 l'a aidé 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 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 d'où ils devront manœuvrer entre les politiques et les programmes gouvernementaux de recours aux communautés et la demande sociale en provenance des acteurs et des communautés locales pour davantage d'autonomie et pouvoir dans la détermination des besoins prioritaires et des initiatives à développer. Les CSSS seront en situation de double imputabilité : envers les acteurs du milieu, ainsi qu'envers l'appareil de planification régionale et ministérielle. Ils seront appelés à exercer une fonction de médiatisation entre ces deux logiques au profit des populations qu'ils desservent. Pour jouer efficacement leur rôle, les CSSS peuvent difficilement se cantonner dans une fonction de courroie de transmission des politiques et programmes gouvernementaux vers leur milieu, même si le nouveau rôle des établissements publics et les ententes de service leur donnent plus de pouvoir pour ce faire. De

plus, une approche très administrative (et peu stratégique) 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.

3. 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 des organismes communautaires et leur liberté de choix. Ceci suppose qu'ils ont la capacité d'exercer cette liberté de choix face aux ententes de service, ce qui est faux dans bien des cas. Beaucoup d'associations et organismes communautaires ont accès à certaines des ressources 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 faiblesse du financement de base et la compétition existante entre certains organismes communautaires, font 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 plusieurs. Dans ce contexte, faire cavalier seul en refusant une entente de service n'est pas à la portée de bien des associations et organismes communautaires.

## **ENJEUX ET DÉFIS**

Pour les associations et organismes communautaires, la mise en place des projets cliniques et des programmes-services comprenant des ententes de service 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 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 projets cliniques et non comme simple exécutant dans les plans de services individualisés. Les associations et organismes communautaires pourraient exiger d'être partie prenante de la mise en place du projet clinique - ou à tout le moins d'être consultés - tout en respectant le droit le plus strict des organismes qui le désirent de ne pas être partenaires du réseau local. Les associations et 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 (à l'aide de regroupements communautaires par territoire ) les politiques devant encadrer les protocoles et les ententes de service avec chacun des CSSS.

Les CSSS font face aussi à des défis relatifs à la nouvelle donne des rapports entre eux et les associations et organismes communautaires. Ces derniers 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 que l'approche de concertation. Bien plus, les organismes communautaires tirent leur essentialité non pas principalement des services qu'ils offrent, mais de leur fonction sociale qui renvoie au développement de l'innovation, à la pluralité des approches qu'ils véhiculent, à la qualité de leurs réponses aux besoins des personnes vulnérables, et à leur potentiel de mobilisation communautaire et citoyenne. 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 avec le réseau public qui préservent et favorisent cette originalité et l'apport spécifique des associations et organismes communautaires. La stratégie gagnante à ce chapitre, comme l'a démontré depuis longtemps l'expérience de plusieurs CLSC, est celle de l'addition des forces d'un milieu plutôt que la simple hiérarchisation des services.

## CONCLUSION

Le Québec est entré dans une période de transformation de ses services sociaux et de santé qui comporte des contraintes et des opportunités. Les opportunités sont celles qui permettraient aux associations et organismes communautaires, au travers des projets cliniques et des réseaux locaux de services des CSSS, de faire valoir leur expertise. Il s'agit d'une expertise citoyenne qui s'exprime particulièrement par les associations et organismes communautaires et qui touche l'identification des besoins des personnes vulnérables et la définition des problèmes prioritaires des communautés. Cette expertise s'exerce aussi dans le choix des priorités et des moyens d'action pour y répondre car les associations et organismes communautaires sont une source

première de l'innovation sociale au Québec. Il y a donc opportunité d'influencer une transformation qui ne sera pas facile, souvent hésitante voire conflictuelle, des services sociaux et de santé pour qu'ils répondent mieux aux besoins locaux en visant, entre autres, les déterminants de la santé (dont les conditions de vie), la prévention, le développement des services à domicile, etc. Si l'expertise professionnelle relève de la science, l'expertise citoyenne relève des valeurs et de la conscience. L'expertise professionnelle peut certes informer et éclairer, mais elle ne peut décider seule des priorités des communautés à qui il revient de faire valoir leur vision de la réponse à leurs besoins et à ceux des personnes vulnérables.

Les associations et organismes communautaires, ainsi que les centres de santé et de services sociaux, auront à expérimenter des pratiques complexes qui feront cohabiter des rapports quasi contradictoires car, en parallèle des opportunités identifiées, les ententes de service pourraient compromettre l'originalité et l'apport spécifique du communautaire. Les relations entre le réseau public et les associations et organismes communautaires sont plus que jamais à la fois porteuses d'un potentiel de reconfiguration du secteur de la santé et des services sociaux vers un modèle plus démocratique et solidaire, mais aussi d'un risque de perte de la contribution sociale de l'associatif et du communautaire et d'instrumentalisation au service de l'institutionnel. Ce sont en grande partie les acteurs locaux qui en décideront.

1 Pourtant, si on s'en tient aux balises retenues par le MSSS, les territoires des CSSS 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 CSSS.

2 Voir à ce sujet Bourque ( 2003 ).

3 EÉSAD: entreprise d'économie sociale en aide domestique ( note de l'auteur ).

## RÉFÉRENCES

- 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.
- 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.
- 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.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin.
- 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 (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 30 pages.
- 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). *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Document principal*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 pages.
- 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.
- Pageon, C. (1991). *L'identité territoriale: la dualité rurale-urbaine dans la municipalité régionale de comté Les Basques*, Rimouski, Université du Québec. Rimouski, coll. Actes et instruments de la recherche en développement régional, n°8, 186 pages.
- 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 (2003). *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, chapitre 21.
- Vaillancourt, Y., Aubry, F., D'amours, M., Jetté, C., Thériault, L., Tremblay, L. (2000). *Économie sociale, santé et bien-être: la spécificité du modèle québécois*, Cahier de recherche n° 00-01, Montréal, LAREPPS, UQAM, 38 pages.
- White, Deena (1994). « La gestion communautaire de l'exclusion », *LSP-RIAC* [Revue internationale d'action communautaire ], n° 32, 37-51.