



**Formes et dynamiques des  
partenariats locaux entre CSSS  
et organismes communautaires**  
Rapport de recherche

Une publication de la  
Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire

**Denis Bourque, René Lachapelle et Julie Sénéchal**

**Cahier 1103**  
**ISBN (Version imprimée) : 978-2-89251-440-7**  
**ISBN (Version PDF) : 978-2-89251-441-4**

Mai 2011

## PRÉSENTATION

La Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC) a débuté ses activités le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Elle est située à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et possède son propre site Internet : <http://www.uqo.ca/croc/>. Elle fut la première chaire en travail social reconnue par le programme des chaires de recherche du Canada <http://www.chairs.gc.ca/>. Ce dispositif de recherche se consacre à produire des connaissances visant le développement de l'organisation communautaire dans le service public et dans le milieu communautaire par la compréhension des conditions de succès et de renouvellement de cette pratique confrontée à la transformation des politiques et services publics, à celle des communautés ainsi que des mouvements sociaux. Sur cinq ans, la chaire mènera des travaux de recherche et de diffusion sur les quatre approches du modèle québécois de l'organisation communautaire (Bourque *et al.*, 2007):

- Action sociale : mieux comprendre les conditions permettant aux personnes concernées par une situation d'agir comme acteurs collectifs, la contribution particulière des jeunes et les nouveaux modes complexes d'organisation en réseau.
- Développement local : identifier les nouvelles formes d'initiatives de développement local de type intégré, leurs retombées pour les communautés, ainsi que les conditions qui en favorisent la régulation participative et démocratique.
- Socio-institutionnelle : analyser l'évolution de l'organisation communautaire dans les nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Étudier l'incidence des programmes de santé publique sur la pratique en organisation communautaire et identifier les conditions de succès de l'approche socio-institutionnelle participative.
- Sociocommunautaire : analyser l'impact des politiques publiques et initiatives municipales (développement social, vie communautaire, etc.) sur le développement et les services de proximité de territoires et milieux en difficulté.

La présente recherche s'inscrit dans les travaux relatifs à l'approche socio-institutionnelle. La chaire favorise un renouvellement des pratiques basé sur des données probantes et de meilleures pratiques favorisant le développement des communautés par l'accession des populations au rang d'acteurs sociaux. En plus de la recherche, la CRCOC se consacre à la diffusion et à la valorisation des connaissances en publiant des cahiers, en rédigeant des articles et des ouvrages, en livrant des communications et des conférences, en organisant des séminaires, des activités de formation, de consultation et d'accompagnement.

## NOTES BIOGRAPHIQUES

**Denis Bourque** est professeur titulaire au Département de travail social et des sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais. Il est également titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire et co-responsable de l'axe Développement social des communautés de l'ARUC Innovation sociale et développement des communautés. Il a été organisateur communautaire au CLSC Seigneurie-de-Beauharnois de 1975 à 1990 et coordonnateur des services à la communauté au CLSC Jean-Olivier-Chénier de 1990 à 2002. Ses travaux de recherches et publications concernent l'organisation communautaire, le développement des communautés et le partenariat entre organismes communautaires et établissements publics. Il a publié en 2008 un ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Il a cosigné avec René Lachapelle en 2010 un ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Service public, participation et citoyenneté, L'organisation communautaire en CSSS*

**René Lachapelle** est professionnel de recherche à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (UQO) et doctorant à l'Université Laval. Il a été organisateur communautaire au CLSC du Havre puis CSSS Pierre-De Saurel (Sorel-Tracy) de 1985 à 2009 et président du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et centres de santé (RQIIAC) de 2002 à 2006. Il est actuellement président de la Société d'aide au développement des collectivités (SADC) de Pierre-De Saurel et président du Groupe d'économie solidaire du Québec (GESQ). Ses travaux de recherches et publications concernent l'organisation communautaire, le développement des communautés et la coopération internationale de proximité. Il a cosigné avec Denis Bourque en 2010 un ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Service public, participation et citoyenneté, L'organisation communautaire en CSSS*.

**Julie Sénéchal** détient une maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais. Elle est organisatrice communautaire au CSSS du Pontiac depuis 2004. Elle a été professionnelle de recherche et a assumé la coordination de la CRCOC en 2009. Elle a également été organisatrice communautaire au CLSC de Hull et au CLSC Grande-Rivière et directrice du développement communautaire à Centraide Outaouais. Au début des années 2000, elle a été assistante de recherche et assistante à la coordination au Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS) de l'Université du Québec en Outaouais.

## LISTE DES SIGLES UTILISÉS

|        |  |
|--------|--|
| CDC    | Corporation de développement communautaire                                       |
| CSSS   | Centre de santé et de services sociaux   |
| CRÉ    | Conférence régionale des élus  |
| DC     | Développement des communautés  |
| DRSP   | Direction régionale de la santé publique   |
| DS     | Développement social   |
| DSP    | Direction de la santé publique   |
| OC     | Organisateur – organisatrice communautaire en CSSS                               |
| PAL    | Plan d'action local en santé publique  |
| PAR    | Plan d'action régional en santé publique   |
| POC    | Projet organisationnel et clinique (souvent désigné comme projet clinique)       |
| RCA    | Réseau clinico administratif   |
| RCT    | <i>Randomized clinical trials</i> (essais par échantillonnage aléatoire)         |
| PNSP   | Programme national de santé publique   |
| RQIIAC | Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire |
| TCNPP  | Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention        |
| TCNSP  | Table de concertation nationale de santé publique                                |
| TRSP   | Table régionale de santé publique  |

## SOMMAIRE

### **Les questions de recherche**

Cette recherche veut explorer l'état des partenariats à partir des rapports établis dans le cadre des démarches d'élaboration et de mise en œuvre des plans d'action locaux (PAL) en santé publique entre les directions régionales de la santé publique, les gestionnaires de Centres de santé et de services sociaux (CSSS), les organisateurs et organisatrices communautaires (OC) et les partenaires locaux des CSSS. Partant des résultats d'une première recherche (Ellyson et Bourque, 2008) relative à la contribution des organismes communautaires aux projets cliniques, nous avons exploré l'espace effectivement laissé à l'initiative citoyenne dans ces démarches. Comment les divers acteurs sur le terrain s'inscrivent-ils dans le processus des PAL? Quel est leur point de vue sur la démarche en termes d'attentes et de contribution? Comment évaluent-ils leurs rapports aux autres partenaires?

### **Les connaissances acquises en organisation communautaire**

La logique institutionnelle descendante Programme national de santé publique (PNSP) – Plan d'action régional (PAR) – Plan d'action local (PAL) dont les Directions régionales de santé publique (DRSP) sont porteuses avec les gestionnaires des CSSS, est perçue par les partenaires à la fois comme un soutien à leurs démarches intersectorielles et une marginalisation des enjeux locaux lorsque les agents de santé publique se placent en position de contrôle au nom des meilleures pratiques. Sur le terrain du développement des communautés et du développement social, les OC demeurent proches des partenaires, mais depuis la création des CSSS leur contribution aux instances locales de santé publique a été réduite. Les rapports entre agents de la DRSP et OC sont vécus davantage sur le ton de la compétition que de la collaboration, mais un espace de dialogue est possible sur les réalités locales et la recherche avec les acteurs locaux de convergences dans l'action.

### **Des pistes pour un renouvellement épistémologique en santé publique**

Les questions soulevées par la recherche quant à la démocratisation des processus et à la prise en compte de l'expertise citoyenne dans la mise en œuvre d'objectifs nationaux invitent à revoir la notion de preuve en promotion de la santé.

### **Les nouvelles pistes et les perspectives de recherche**

Une redéfinition des notions de données probantes et de meilleures pratiques en promotion de la santé dans les stratégies de développement des communautés pourrait émerger de la prise en compte des acquis de l'organisation communautaire dans les CSSS du Québec. Le recours à la notion des meilleurs processus (Green, 2001) et l'attention à la gouvernance des instances de concertation dans une perspective démocratique seraient des pistes intéressantes pour une communauté de pratique réunissant les divers acteurs concernés par la planification en santé publique à l'échelle locale. Cela exigerait que les

agents des instances nationale et régionales de la santé publique interprètent leur mandat dans une perspective de négociation entre des logiques expertes (descendantes) et les logiques citoyennes (ascendantes).

### **Retombées de la recherche en organisation communautaire**

Cette recherche porte sur l'étude de trois pratiques de projets cliniques en santé publique dans deux régions administratives ce qui constitue un échantillon limité qui empêche de prétendre à une généralisation des résultats. Elle ajoute cependant aux recherches antérieures sur la contribution de l'organisation communautaire aux processus de santé publique dans la mesure où elle permet d'identifier les perceptions mutuelles des agents des DRSP et des OC, et de mieux circonscrire les sources de résistance de part et d'autre. Les gestionnaires de CSSS occupent une position stratégique comme responsables locaux de santé publique puisqu'ils participent activement aux instances régionales et travaillent avec les intervenants et acteurs locaux. La reconnaissance de l'expertise spécifique de l'organisation communautaire en développement des communautés et sur les enjeux transversaux que sont les déterminants sociaux de la santé, d'une part, et l'établissement de bons canaux de communication avec les OC, d'autre part, sont deux avenues importantes pour les mobiliser et accroître l'efficacité de la santé publique dans les collectivités locales. Ces résultats de recherche sont susceptibles de servir de base à des démarches de réflexion collective afin de réduire les distorsions dans la perception mutuelle des agents de DRSP, des OC et des partenaires, mais surtout d'ouvrir des avenues efficaces de négociation entre les logiques qui souvent s'affrontent. La santé publique a tout à gagner en favorisant l'implication des acteurs concernés par ses interventions et les communautés locales ont besoin des expertises que la santé publique met à leur disposition. Les préoccupations de l'État et des collectivités québécoises en développement durable offrent un espace important d'intégration de plans et de programmes jusqu'à maintenant cantonnés dans une stratégie de multiplication des concertations là où l'objectif est plutôt de favoriser l'intégration des processus sectoriels.

## TABLE DES MATIÈRES

|  |        |
|--|--------|
| Présentation de la CRCOC   | p. II  |
| Notes biographiques  | p. III |
| Liste des sigles   | p. IV  |
| Sommaire   | p. V   |
| Table des matières   | p.VII  |
| Introduction   | p. 1   |
| Chapitre 1 – Méthodologie de la recherche  | p. 3   |
| Chapitre 2 – Les démarches de plan d’action local selon les divers acteurs associés à leur élaboration | p.11   |
| 1. Les agents des directions régionales de santé publique  | p.11   |
| 2. Les gestionnaires de CSSS   | p.29   |
| 3. Les partenaires   | p.38   |
| 4. Les OC des CSSS   | p.50   |
| Chapitre 3 – Discussion  | p.57   |
| 1. Le point de vue des DRSP et celui des partenaires   | p.57   |
| 2. Les gestionnaires des CSSS comme agents de santé publique   | p.59   |
| 3. Les tensions autour de la contribution des OC à la santé publique : contradiction ou distorsions?   | p.60   |
| 4. Perspectives de santé publique, partenariats et responsabilité populationnelle                      | p.61   |
| 5. Données probantes et meilleures pratiques en développement social                                   | p.63   |
| 6. Ouvrir un espace de dialogue entre la santé publique et l’organisation communautaire                | p.67   |
| En guise de conclusion   | p.71   |
| Annexe – Guide d’entrevue  | p.73   |
| Bibliographie  | p.75   |

## TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

|   |      |
|---|------|
| Figure 1 - Schéma des rapports entre les logiques expertes et les logiques issues des milieux | p. 4 |
|---|------|

|   |      |
|---|------|
| Tableau 1 – Typologie de Coston revue par Proulx <i>et al.</i> (2007)                                   | p. 5 |
| Tableau 2 – Répartition de l'échantillon pour les entrevues   | p. 9 |
| Tableau 3 – Sommaire de l'analyse selon la typologie de Coston adaptée par Proulx,<br>Bourque et Savard | p.72 |



## INTRODUCTION

Cette recherche part du constat sur le terrain de divergences, voire de résistances, face à certaines interventions de la Santé publique et d'une préoccupation pour le caractère partenarial des rapports entre les institutions de santé et de services sociaux et les autres acteurs de la société civile québécoise, particulièrement les organismes communautaires. Nous avons cherché à mieux comprendre comment se sont vécues certaines démarches d'élaboration des premiers plans d'action locaux (PAL) en santé publique. Ont-elles été des occasions de collaboration directe entre les agents régionaux de la Santé publique, les gestionnaires et les organisateurs et organisatrices communautaires (OC) des CLSC / CSSS, de même que leurs partenaires locaux ? Ou bien ont-elles entretenu des relations tendues entre ces partenaires ? La recherche s'inscrit dans une série d'études sur la question qui nous permettent de la mettre en contexte.

Le choix de soutenir le développement des communautés comme stratégie de santé publique (Québec, 2003 : 22) a ouvert un nouvel espace de travail en partenariat pour la Santé publique. En mai 2005, une recherche menée pour le compte de la Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention (TCNPP) se proposait de « faire l'inventaire des besoins de soutien des intervenants locaux et régionaux en vue d'exercer une pratique de développement des communautés » (TCNPP, 2005 : 3). Elle a permis de constater que le « sens même de l'action auprès des communautés semble fortement remis en cause, non pas explicitement, mais à travers de multiples situations vécues au quotidien dans les CSSS » (Idem : 8). On y notait aussi que la concertation territoriale « demeure aussi parsemée d'embûches, notamment parce que les gestionnaires des différentes organisations ne sont imputables qu'aux ministères sectoriels et non pas au territoire local ou régional » (Idem : 9). L'adoption des recommandations formulées suite à cette recherche par la TCNPP et la Table de concertation nationale en santé publique (TCNSP) a mené à la formation d'un comité de travail pour actualiser ces recommandations. En juin 2007, celui-ci a proposé entre autres d'adopter « des mécanismes de gestion spécifiques et cohérents avec la notion d'accompagnement et de soutien aux initiatives locales dans une logique de planification du bas vers le haut » (Rochette, 2008 : 19).

Au même moment, le RQIIAC, conscient que les OC sont au cœur des tensions entre une stratégie formulée au plan national et les initiatives locales, a lancé un projet de recherche sur les pratiques d'organisation communautaire dans les programmes de santé publique (Lachapelle et Bourque, 2007) afin de « vérifier si leur mise en œuvre pouvait comporter cette composante essentielle de l'organisation communautaire qu'est la participation démocratique » (Idem : 3). Le rapport a confirmé que la « majorité des OC [...] estime réussir à transformer en action partenariale dans le milieu la commande de créer des environnements favorables au changement des habitudes de vie » (Idem : 4). Les auteurs

constataient du même souffle que la place de la promotion de la santé et de l'approche communautaire semblent en régression dans les CSSS et qu'il est nécessaire d'établir un dialogue entre les OC et les agents de la Santé publique si l'on veut maximiser les facteurs favorables à une mise en œuvre participative de ces programmes.

Ces diverses conclusions correspondent à l'approche socio-institutionnelle que Bourque et Lachapelle (2007) proposent d'appliquer à l'organisation communautaire pour allier les initiatives en provenance des institutions et celles qui sont issues des milieux. Selon cette approche, l'articulation des logiques descendantes des programmes et les logiques ascendantes de l'action citoyenne passe par la co-construction. Les programmes gagnent en efficacité quand tous les acteurs concernés peuvent participer aux choix stratégiques de façon à réduire l'inégalité dans la répartition du pouvoir (Bilodeau *et al.*, 2004). Cela exige de la flexibilité de la part des institutions et des rapports avec les acteurs du milieu qui s'inscrivent dans « un processus d'apprentissage mutuel qui aide les personnes et les acteurs concernés à augmenter leur pouvoir » (Bourque et Lachapelle, 2007 : 109).

Que peut apporter une recherche de plus? À partir d'expériences d'élaboration de PAL qui sont des occasions de collaboration entre des agents de la Santé publique et des OC, pouvons-nous vérifier si les rapports avec des partenaires relèvent de pratiques convenues collectivement? L'échantillon étant limité, il s'agit en fait d'une démarche exploratoire à partir de laquelle nous espérons mettre en évidence des bases sur lesquelles la santé publique et l'organisation communautaire pourraient créer des espaces de collaboration, une sorte de communauté de pratique orientée sur des *modus operandi* respectueux des impératifs méthodologiques et éthiques de chacun tout en étant favorables à une action plus efficace dans les communautés locales.

## CHAPITRE 1

# CADRE D'ANALYSE ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Au plan théorique, des travaux importants ont été réalisés aux États-Unis et en Europe sur le partenariat secteur public/tiers secteur<sup>1</sup> dans une perspective de transformation de la régulation étatique du social vers des modèles plus mixtes (Evers et Laville 2004). Au Québec, Vaillancourt a élaboré une typologie qui met en lumière trois approches différentes des relations État/tiers secteur (ou trois modes de régulation), selon que l'on se situe dans un État néolibéral, dans un État néoprovidentialiste (ou social-étatiste) ou dans un État solidaire (Vaillancourt, 1997). Dans le modèle de régulation néolibéral, l'État tend à instrumentaliser « économiquement » les organismes du tiers secteur en les soumettant à une « logique marchande ou quasi-marchande de sous-traitance », les maintenant ainsi en compétition avec le secteur privé à but lucratif. Dans le modèle de régulation néoprovidentialiste, l'État tend aussi à instrumentaliser le tiers secteur, mais « politiquement », c'est-à-dire en le plaçant dans un statut d'« exécutant » (co-producteur) de services d'intérêt public dans une relation « tutélaire ». Enfin, dans le modèle solidaire, l'État s'ouvre à une relation véritablement partenariale, dans laquelle la « culture et le point de vue » du tiers secteur pourront influencer les décisions des pouvoirs publics dans ce qu'il appelle un « partenariat institutionnalisé ». Selon Vaillancourt, dans la pratique réelle, nous assistons le plus souvent à une « hybridation » de ces trois modèles, en ce sens que, d'une part, tout en ayant des traits dominants, chacun n'existe probablement pas à l'état pur et, d'autre part, qu'un même État peut avoir une approche différente dans des secteurs différents et selon des périodes données.

Nous considérons que les programmes de santé publique relèvent de l'approche socio-institutionnelle dans la mesure où ils constituent des

initiatives en provenance des institutions qui, en fonction de leur mission, décident d'agir sur une problématique ou une réalité collective au moyen de réponses (programmes, services, coordination et concertation de ressources,

---

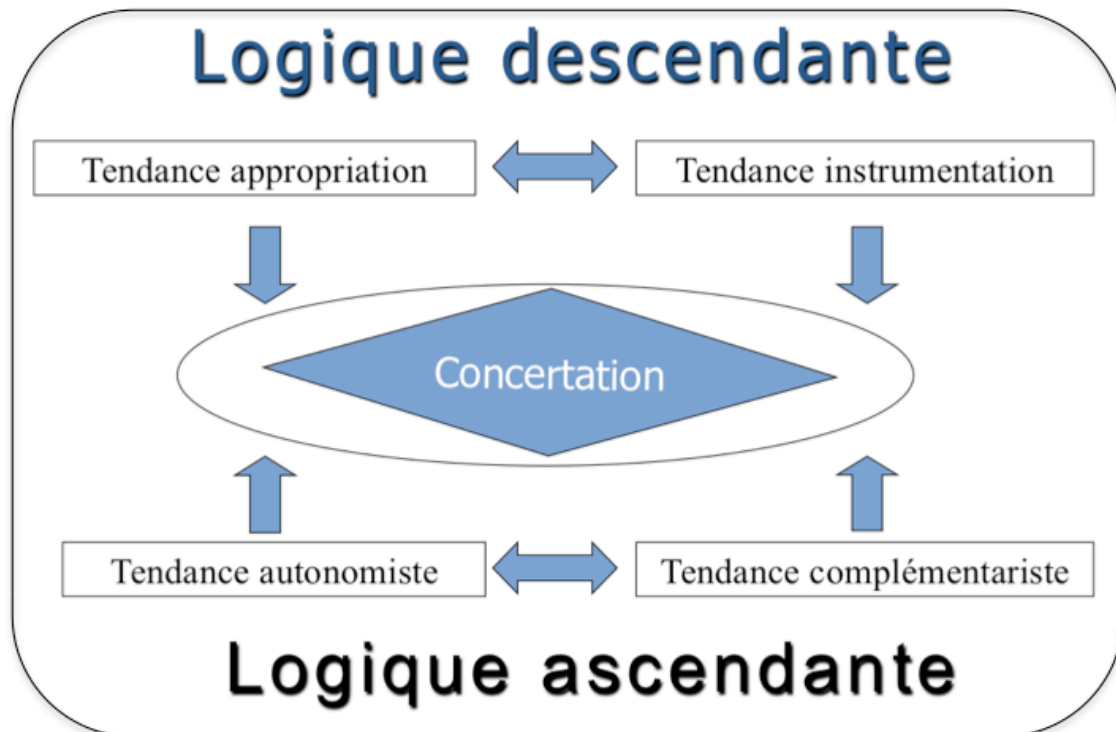
<sup>1</sup> Plusieurs « appellations » ont cours, un peu partout dans le monde, pour désigner ce secteur d'activité régi sous la forme d'organisations à but non lucratif ou coopératif, et qui peut englober, selon les pays, des réalités différentes : « nonprofit sector »; « voluntary sector »; « nongovernmental organization »; « charitable association »; « third sector »; etc. Avec Evers et Laville (2004), Vaillancourt distingue deux traditions de recherche sur le tiers secteur : « une tradition américaine qui met l'accent sur la non-lucrativité et qui identifie le tiers secteur au nonprofit sector »; et « une tradition européenne qui met l'accent sur l'entrepreneurship collectif et qui identifie le tiers secteur à l'économie sociale » (Vaillancourt, 2004 : 3). Au Québec, l'expression « économie sociale » est de plus en plus utilisée pour désigner ce secteur d'activité, bien qu'elle ait tendance à recevoir un sens plutôt restrictif et limité aux organismes ayant des activités marchandes. Pour éviter toute ambiguïté, nous utiliserons, pour les fins des présentes, l'expression « tiers secteur ». Dans le contexte québécois, il faut comprendre que l'expression englobe aussi bien les organismes communautaires, autonomes et « non autonomes », ainsi que les organismes dits « de l'économie sociale » et ayant ou non des activités marchandes.

etc.) s'appuyant, en tout ou en partie, sur l'action communautaire (Bourque et Lachapelle, 2007 : 101)

Nous distinguons deux types d'approche socio-institutionnelle : technocratique et participatif selon la part laissée aux initiatives du milieu. Le type technocratique repose sur « le recours aux experts qui possèdent des compétences scientifiques pour identifier les problèmes et recommander l'action la plus appropriée pour résoudre des problèmes ciblés. » (Idem : 104). Le type participatif, en contrepartie, « part du principe selon lequel les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'y apporter une contribution significative (...) [et] aide les personnes et les acteurs concernés à augmenter leur pouvoir » (Idem : 109).

La démarche d'élaboration des PAL constitue un espace où se rencontrent les logiques expertes de la santé publique et les logiques des milieux. Le schéma qui suit illustre les rapports de concertation qui sont possibles dans cette situation.

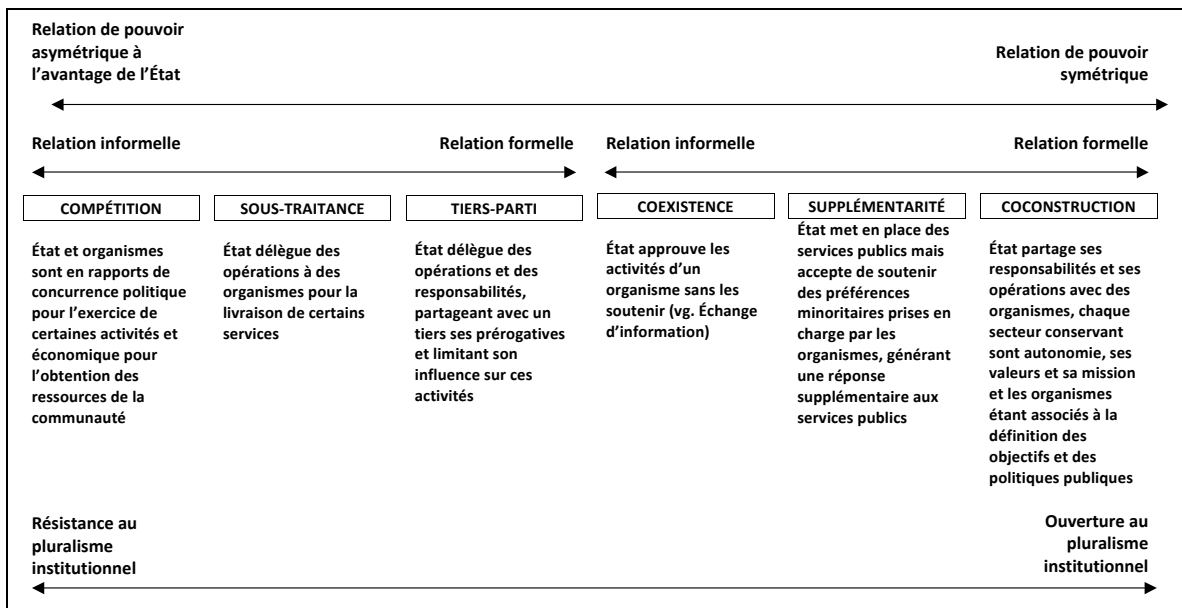
Figure 1 – Schéma des rapports entre les logiques expertes et les logiques issues des milieux



Dans une recherche menée avec deux autres chercheurs (Proulx, Bourque, et Savard, 2007), nous avons réalisé une revue de littérature internationale portant sur les rapports entre l'État et le tiers secteur. Nous y avons repéré la typologie de Coston (1998) qui propose un continuum comprenant huit types de relations possibles entre l'État et le tiers secteur : de répression, de rivalité, de compétition; contractuelle; de tiers parti; de

coopération, de complémentarité et de collaboration. Cette typologie repose sur l'analyse de trois paramètres principaux, soit le degré d'ouverture de l'État au pluralisme institutionnel (incluant le tiers secteur), le degré de formalisme des rapports et le rapport de pouvoir. Dans ce modèle, plus on se trouve du côté des positions « répression », « rivalité », « compétition », moins il y a d'ouverture de l'État au pluralisme institutionnel, tandis que le type « collaboration » représente le plus haut degré d'ouverture de l'État et de ses institutions envers le tiers secteur. La typologie de Coston apparaît la plus intéressante car elle englobe sous différents aspects la plupart des autres typologies recensées. De plus, les trois paramètres centraux, à savoir l'ouverture au pluralisme institutionnel, le formalisme des relations et les rapports de pouvoir sont vraiment au cœur des enjeux actuels reliés aux réseaux locaux de services (RLS) et aux ententes de service qui caractérisent le fonctionnement des CSSS au Québec. Nous avons aussi confronté cette typologie à huit projets de recherche accrédités à l'ARUC-Économie sociale et impliquant des rapports entre l'État et des organismes communautaires. Cela nous a conduits à une adaptation de la typologie de Coston à la réalité québécoise. L'exercice nous a permis d'identifier quatre types de rapports qu'entretiennent l'État québécois et les organismes du tiers secteur au Québec : le rapport de sous-traitance, le rapport de coexistence, le rapport de complémentarité et le rapport de coconstruction. Le tableau 1 montre comment se présente cette typologie inspirée de Coston.

Tableau 1 – Typologie de Coston revue par Proulx *et al.* (2007)



Sur le plan théorique, cet exercice est intéressant puisqu'il nous a permis de mettre en lumière la diversité des rapports qu'entretiennent l'État québécois et les organismes du tiers secteur, selon le secteur d'intervention concerné. Il nous permet ainsi d'apporter des

nuances aux analyses qui consistent, pour l'essentiel, à classer les rapports de l'État avec les organismes du tiers secteur en deux catégories : les rapports de sous-traitance et les rapports respectueux de l'autonomie des organismes du tiers secteur.

Enfin, l'exercice nous a permis de faire ressortir un type de rapports qui serait propre au Québec, que nous avons appelé un rapport de « coconstruction ». Ce rapport de coconstruction situe le tiers secteur comme acteur dans le développement et la mise en œuvre de services collectifs qui, tout en misant de façon importante sur un système public, laisse de la place au tiers secteur et force une ouverture dans la perspective binaire État/Marché.

### **L'objet de la recherche**

La question qui a guidé notre recherche était de vérifier quels types de relations ont été établies dans les démarches de plan d'action local (PAL) en santé publique entre les directions régionales de la santé publique (DRSP), les gestionnaires de CSSS, les organisateurs et organisatrices communautaires (OC) et les partenaires locaux des CSSS, notamment les organismes communautaires. Une première recherche exploratoire (Ellyson et Bourque, 2008) à l'automne 2006 auprès des corporations de développement communautaire (CDC) relativement à la contribution des organismes communautaires aux projets cliniques nous avait permis d'établir trois tendances dans les CSSS : un premier groupe se montrait attentiste en n'entreprenant pas vraiment de démarche d'élaboration d'un projet clinique; un second, adoptait une attitude administrative et de relations publiques en élaborant le tout à l'interne avant d'aller en consultation; un troisième groupe adoptait la tendance participative en investissant dans un processus de concertation autour d'enjeux qui ne sont pas seulement institutionnels.

Ce dernier groupe rencontre par ailleurs des freins majeurs du fait des priorités ministérielles, du cadre des programmes clientèles et des ententes de gestion entre les Agences de la santé et des services sociaux et les CSSS. Les profondes transformations associées aux fusions lors de la création de la majorité des CSSS faisaient en sorte que, au moment de la recherche, les établissements étaient en période de transition vers un nouveau plan d'organisation. De plus, les CSSS, comme nous l'avons décrit dans notre cadre conceptuel, doivent naviguer entre une logique descendante imposée par les priorités et les cibles gouvernementales et une logique ascendante provenant des acteurs du milieu déjà engagés sur le terrain du développement local et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Il y a, pour les communautés locales, un risque découlant des principes formulés par le MSSS pour l'élaboration des projets cliniques : standardisation des pratiques, hiérarchisation des services, ententes de principe liant les établissements à des budgets étroitement normés, etc. (MSSS, 2004b). L'espace pour que les communautés locales ne soient pas placées en position d'instrumentalisation en contribuant aux réseaux locaux de services (RLS) est relativement restreint.

Dans ce contexte, notre recherche sur les démarches d'élaboration des plans d'action locaux (PAL) en santé publique se présente comme une occasion d'explorer quel espace est effectivement laissé à l'initiative et à l'action citoyennes. Elle se situe à un stade plus avancé de réorganisation des services avec la mise en place des CSSS tout en permettant une comparaison avec la période des CLSC au cours de laquelle ont été élaborés les premiers PAL. Nous voulons aussi mesurer quelle contribution ont les organisateurs et organisatrices communautaires (OC) et comment ils pourraient contribuer à une gouvernance participative en santé publique dans le cadre du choix stratégique d'intervenir en développement des communautés (Québec, 2008). Comment les divers acteurs sur le terrain s'inscrivent-ils dans ce processus? Quel est leur point de vue sur la démarche des PAL en termes d'attentes et de contribution? Comment évaluent-ils leurs partenaires?

### **Le cadre légal**

La *Loi sur la santé publique* (LRQ, chapitre S-2.2) à l'article 11 spécifie que :

Les agences doivent, en concertation notamment avec les établissements qui exploitent un centre local de services communautaires sur leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique.

Ce plan doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et il doit tenir compte des spécificités de la population du territoire de l'agence.

En outre, l'article 13 précise que « L'agence identifie les responsabilités qu'elle confie aux établissements de santé et de services sociaux de son territoire pour l'application du plan d'action régional de santé publique. ».

Les responsabilités locales sont précisées comme suit à l'article 14 :

Les établissements de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique. L'élaboration du plan doit être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés.

Ce plan doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et définir, au plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional, compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement.

Ces dispositions législatives établissent entre les niveaux national, régional et local, des rapports qui ont un caractère hiérarchique. Le programme national de santé publique (PNSP) constitue pour les autres niveaux un référent obligé et la responsabilité locale de santé publique inclut l'atteinte des « objectifs inscrits au plan d'action régional ». En même temps, l'énoncé de responsabilité est d'abord exprimé en termes de concertation locale et établit un statut de partenaire spécifique aux « organismes communautaires

concernés ». La loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment à l'article 100, donne aux CSSS le mandat de :

...collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale [CSSS], celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

Cette double référence hiérarchique et participative inscrit les PAL dans un espace d'arrimage entre différents impératifs et différents rapports de pouvoir dans le champ de la santé publique. L'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la mise à jour régulière du PAL comportent donc par définition un caractère négocié entre plusieurs acteurs collectifs et institutions publiques. À l'échelle de la responsabilité locale de santé publique, les acteurs en cause sont la direction régionale de santé publique, le CSSS et les partenaires de la communauté.

L'adoption en 2002 de la *Loi sur la santé publique* (LRQ, chapitre S-2.2) qui confiait aux CLSC une responsabilité locale en santé publique et la publication du *Programme national de santé publique 2003-2012* ont mis en branle un processus d'élaboration des premiers plans d'action locaux (PAL) en santé publique. L'opération débutée dans les CLSC a rapidement été confrontée aux effets de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (Projet de loi 25) adoptée en décembre 2003 et qui a mis en branle le processus de création des CSSS impliquant notamment la fusion des CLSC d'un territoire défini en fonction du bassin de desserte d'un hôpital. La création des CSSS impliquait aussi la définition de projets cliniques ou projets d'organisation clinique (POC) pour chacun des programmes clientèle définis par le ministère. Ces deux facteurs se reflètent dans les informations recueillies lors des entrevues. Mais ils se présentent différemment selon la région d'où proviennent les informations puisque les démarches y ont connu des calendriers de réalisation différents. Dans la région A, il y a eu deux opérations distinctes d'élaboration des PAL, l'une en 2003 et l'autre au moment où nous avons réalisé les entrevues. Il est donc plus évident de départager les informations selon qu'elles renvoient à l'une ou l'autre démarche. Dans la région B, la première opération PAL semble avoir été rapidement amalgamée aux démarches du POC de telle sorte qu'un certain nombre d'informations renvoient soit à l'une soit à l'autre démarche.

### **La collecte et l'analyse des données**

La collecte des données a été effectuée dans le cadre de 21 entrevues semi-dirigées entre janvier et septembre 2009 selon le guide d'entrevue présenté en annexe. Le choix de réaliser des entrevues semi-dirigées nous a paru convenir assez bien aux fins de la recherche compte-tenu du type d'informateur-clé sollicité. Toutes ont en effet un rôle d'intervenant ou de gestionnaire dans une institution ou un organisme de sorte que l'on



peut logiquement considérer qu'elles sont habituées à formuler leur point de vue, ce qui constitue un facteur de pertinence du choix de ce type d'entrevue en recherche qualitative où « l'on reconnaît à la personne interrogée la capacité de s'exprimer utilement sur le sujet proposé » (Mayer et Ouellet, 1991 : 316)

Les entrevues ont été transcrites verbatim aux fins de l'analyse et le matériel a ensuite été soumis à une opération de codage à l'aide du logiciel N'Vivo 7 selon les catégories du questionnaire d'analyse, mais aussi de catégories qui se sont dégagées de façon inductive au cours du processus d'analyse. L'ensemble des unités de sens ainsi dégagées ont été organisées en fiches synthèses pour chacune des catégories d'acteurs en tenant compte de la provenance régionale des informations. Au besoin, la documentation écrite fournie par les participants et parfois évoquée lors des entrevues a été mise à contribution pour assurer une bonne compréhension des données recueillies et fournir des informations complémentaires à celles obtenues en entrevue. Ces documents manifestent aussi que les démarches ont été préparées de façon à soutenir la participation des acteurs sollicités.

### L'échantillon

Les entrevues ont été réalisées dans deux régions du Québec auprès de personnes provenant ou étant partenaires de trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) distincts, deux sur le territoire d'une direction régionale de santé publique (A) et un dans une autre région (B). Nos informateurs ont été recrutés à partir de personnes contacts de la direction régionale de santé publique A et, dans la région B, d'OC et de la direction locale du CSSS. Ce sont ces personnes contacts qui nous ont indiqué des informateurs et informatrices qu'elles considéraient intéressants pour l'objet de la recherche telle qu'elle leur était présentée, dans les catégories agents des DRSP, gestionnaires de CSSS, OC et partenaires.

Tableau 2 – Répartition de l'échantillon pour les entrevues

| Catégorie de répondants                                | Nombre dans l'échantillon | Répartition régionale |       | Rapport à la santé publique                               |
|--|---------------------------|-----------------------|-------|---|
|  |                           | DSP A                 | DSP B |   |
| Agents des DRSP et cadres de CSSS assimilés            | 5                         | 4                     | 1     | Agents du réseau de la santé et des services sociaux : 11 |
| Cadres de CSSS   | 2                         | 1                     | 1     |   |
| OC de CSSS   | 4                         | 2                     | 2     |   |
| Milieu communautaire                                   | 5                         | 4                     | 1     | Partenaires divers : 10                                   |
| Autres (municipal, scolaire, développement économique) | 5                         | 1                     | 4     |   |
| TOTAL  | 21                        | 12                    | 9     |   |

Notre échantillon comprend donc des agents des directions régionales de santé publique; des partenaires des milieux communautaire, scolaire, municipal ou autre; des cadres et des organisateurs ou organisatrices communautaires (OC) de CSSS. Tous ont été associés à l'élaboration ou à la mise en œuvre de plans d'action locaux (PAL) en santé publique. Le tableau qui suit indique leur position dans les quatre groupes de répondants retenus comme variable principale pour l'analyse des données.

Nous avons délibérément choisi d'assimiler deux cadres de CSSS à la catégorie des agents des directions régionales de la santé publique (DRSP) parce que ces personnes ont assumé un tel poste durant la majeure partie de la période en fonction de laquelle nous avons recueilli nos données. Leur expérience d'agents de la santé publique a donc été davantage mise à contribution que celle développée dans le poste de gestionnaire qu'elles occupent actuellement. Lorsque leur propos référait formellement à leur responsabilité actuelle de cadre d'un CSSS, ils ont été placés dans la section consacrée aux cadres de CSSS.

Nous avons aussi consacré une section particulière aux OC des CSSS parce que nous estimons qu'ils remplissent des fonctions de liaison entre les CSSS et leurs partenaires. De plus sur le territoire de la DSP A ils ont été associés formellement à la démarche d'élaboration du PAL et, dans un des deux cas, aux démarches de suivi, alors que sur le territoire de la DSP B, aucun OC n'a été associé à la démarche du PAL et un seul participe à une démarche de suivi.

Quant aux partenaires des CSSS, s'ils se répartissent également entre les territoires (5 de chacun des territoires de DSP) et entre le milieu communautaire (5) et les autres partenaires (5), leur répartition est fort différente selon la région. Sur le territoire de la DSP A, quatre (4) proviennent du milieu communautaire et (1) d'un autre milieu tandis que la proportion est inverse dans la région B.

L'échantillon de 21 informateurs, 6 hommes et 15 femmes donne à notre recherche un caractère exploratoire dans la mesure où, d'une part, il met à contribution des régions où les démarches des directions régionales de santé publique ont été profondément différentes pour l'élaboration des PAL. Dans la région où deux CSSS ont été contactés, les démarches ont aussi été très différentes de l'un à l'autre. Cependant le nombre d'informateurs dans chacune des catégories demeure relativement peu élevé. L'analyse des résultats, comme nous pourrions le préciser en conclusion, ouvre donc sur un certain nombre de constats qui mériteraient des recherches plus spécifiques à partir d'un échantillon élargi.

## **CHAPITRE 2**

### **LES DÉMARCHES DE PLAN D'ACTION LOCAL SELON LES DIVERS ACTEURS ASSOCIÉS À LEUR ÉLABORATION**

Nous présentons l'analyse des données recueillies en entrevues en fonction de chacun des quatre groupes d'acteurs impliqués dans les démarches de PAL : les agents des directions régionales de santé publique, les gestionnaires de CSSS, les partenaires communautaires et autres, et les organisateurs et organisatrices communautaires (OC). Ce choix met en évidence les positions de chacun des acteurs dans les rapports de partenariat dont nous souhaitons établir l'analyse. Cette première lecture des entrevues permettra de préciser leur position dans notre cadre d'interprétation. Cette première analyse tiendra aussi compte des régions dans lesquelles notre enquête a été menée afin de mettre en évidence les particularités régionales puisque nous sommes bien conscients que toutes les DRSP n'assument pas de la même manière les rapports de partenariat.

#### **1. LES AGENTS DES DIRECTIONS RÉGIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE**

Notre échantillon comprenait trois personnes actuellement en poste comme agents dans une des deux directions régionales de santé publique (DRSP) où nous avons mené l'enquête. Mais il se trouve aussi que deux des cadres de CSSS rencontrés dans l'une des deux régions avaient aussi occupé un poste de ce type au moment des démarches d'élaboration du premier plan d'action local (PAL) en santé publique. Compte tenu de la teneur de leur propos, il nous a paru indiqué de les assimiler à la catégorie des agents de DRSP, de telle sorte que l'analyse repose sur l'apport de cinq (5) entrevues, ce qui représente le quart des informateurs sollicités.

##### **1.1. Dans la région B**

###### ***La perspective de la DRSP sur les PAL***

Pour la période 2003-2005, l'opération PAL dans la région B a ressemblé davantage à la confection d'« une liste des activités que chacun des CLSC pensait ou croyait pertinentes », généralement dans le cadre d'un « échange avec la vision du communautaire » (EA03). En bout de ligne, il semble n'y avoir eu qu'une seule démarche d'élaboration d'un PAL qui ait formellement abouti à cette époque, notamment parce que la création des CSSS a modifié très tôt la démarche.

Parallèlement au processus de création des CSSS en vertu de la *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* adoptée en décembre 2003, la direction régionale de la santé publique (DRSP) a mis en place une « table régionale de santé publique » (TRSP) qui réunissait des « personnes représentant chacun des CSSS » pour « une démarche d'élaboration du PAR-PAL » (EA03) c'est-à-

dire d'un plan régional qui puisse servir de cadre à l'élaboration des PAL 2009-2012. Les membres de cette table étaient les « responsables locaux de santé publique [...] nommés, choisis par chacune des directions des CSSS à la suite d'une offre de la direction régionale de santé publique de constituer des postes [...] donc de fournir un financement » (EA03). La TRSP, à partir « de *listings* d'activités » a établi « un tronc commun » comportant « six orientations bien définies » autour desquelles serait menée « l'élaboration des plans d'action locaux ». Elle a aussi défini « les indicateurs régionaux » qui devraient faire partie de l'entente de gestion des CSSS quant au soutien des processus d'élaboration des PAL (EA03).

L'élaboration des PAL s'est faite au cours de la période où les CSSS ont défini leurs projets organisationnels et cliniques (POC). La démarche des POC reposait généralement sur des « tables de partenaires » dans chacun des programmes services et un « comité d'orientation [...] constitué de représentants de la population et de représentants du personnel ». La direction régionale fournissait une personne-ressource pour participer aux travaux du comité d'orientation de façon à ce que la démarche soit menée « en tandem » dans chacun des établissements. Ces « petites équipes en tandem » étaient notamment responsables d'établir le portrait de territoire, l'état des services actuels et des recommandations pour chacun des programmes services à partir des orientations retenues dans le PAR (EA03). Restait toutefois un mandat transversal, « un gros morceau qui était le développement social » qui a été confié à une « table de santé publique transversale », laquelle est devenue par la suite le comité de développement social réunissant tous les partenaires avec la direction du CSSS (EA03).

La gouvernance de ces processus a soulevé un questionnement pour les agents de la DRSP : « Comment est-ce qu'on fait le lien entre une série d'activités de santé publique, des programmes de services qui eux sont en silo, mais en même temps un programme de santé publique transversal? » Pour y répondre, on a mis en place au CSSS un « comité de gestion de santé publique » réunissant les cadres responsables des programmes de services et la direction locale de santé publique « pour discuter de l'avancement des activités de santé publique » (EA03). L'agente de la DRSP participait à ce comité de gestion et au comité d'orientation « avec le chapeau soutien au projet d'organisation clinique » (EA03) et collaborait avec la direction locale de santé publique pour que chacune des tables de partenaires « identifie des activités de santé publique à l'intérieur du programme » et « fasse des recommandations en lien avec le programme » (EA03). Le comité de gestion qui était « presque le comité de direction sauf la directrice générale parce que ça touche toutes les directions » a mené tout le processus dans le CSSS (EA03). Dans cette instance, l'agente de la DRSP avait comme rôle « de compléter l'information, donner de l'information sur le point de vue de la direction de santé publique par rapport à des questions qui émergeaient » (EA03).

Le processus a été complexe. La direction du CSSS avait « confié à la responsable [locale] de santé publique le rôle de s'occuper de tout ce qui concernait la santé publique sauf le développement social ». En fait, dans le prolongement de l'opération de développement du POC, la direction générale a formé un comité de suivi avec la responsabilité du développement social. Ce comité réunissait les partenaires majeurs du CSSS pour son action dans les communautés : « il n'y avait pas beaucoup de secteurs de l'activité civile qui n'étaient pas présents autour de la table » (EA03). L'idée c'est de « s'entraider parce que dans le fond, un des constats [...] c'est qu'on se bat tous pour les mêmes choses chacun dans nos territoires respectifs. [...] Est-ce qu'on peut s'entendre sur une façon de travailler? » (EA03). D'où la recommandation

...de constituer un comité territorial CSSS, sous l'animation de la direction du CSSS, pour que les partenaires présents et d'autres puissent effectivement [...] continuer à avoir un lieu d'échange [...] et créer une force de représentation en fonction des grands enjeux [...] auprès des décideurs, auprès d'élus en fonction de ces grands dossiers-là. Donc, c'est un lieu d'influence. (EA03)

Le comité de suivi constitue dans les faits un réseau local de services en développement social « très représentatif » puisque c'est « une vingtaine de personnes, en fait ce ne sont pas des personnes, mais des organisations représentées [...] Il n'y a pas grand monde qui n'est pas là » (EA03) :

Il y a une vision territoriale de plusieurs partenaires qui n'avaient pas cette vision-là avant. Je crois qu'il est en train de se développer de nouvelles solidarités, des secteurs qui ne se parlaient pas, qui se parlent. Enfin, il y a plusieurs aspects positifs, le leadership du CSSS qui anime cette table-là, très bien d'ailleurs. Je trouve que la directrice générale fait un très beau travail d'animation et des suivis intéressants. [...] C'est vraiment une place où les gens apportent leurs enjeux de manière ouverte. [...] il y a toujours une espèce d'effort de voir c'est quoi les liens. (EA03)

Par exemple, le comité de suivi a fait l'unanimité sur une proposition de lutter contre l'effet de distorsion créé par l'utilisation aux fins de financement public des indices de défavorisation (Pampalon *et al.*, 2004). La pauvreté étant diffuse plutôt que concentrée dans des aires spécifiques du territoire, se trouve masquée par des indices basés sur des moyennes. Au bout du compte, cela « crée de l'injustice et de l'iniquité dans les financements » (EA03). Des représentations ont donc été entreprises pour corriger la situation et c'est la direction générale du CSSS qui a signé la lettre.

Cependant les membres du comité de suivi « ne sont pas en élaboration de PAL » et ne se considèrent pas comme une instance de santé publique. Ils seraient même surpris d'être désignés comme tel :

La chose que je trouve triste, c'est ce manque de cohésion entre le comité de suivi et le reste de la santé publique qui pour moi est un tout. Et je crois qu'on perd beaucoup à ce que ce ne soit pas bien intégré, y compris pour les gens qui sont dans d'autres programmes services qui pourraient bénéficier d'entendre ce

qui se passe là. Y compris pour les gens qui travaillent en organisation communautaire. (EA03)

La mission de santé publique du CSSS relève de la responsable locale de santé publique alors que la création de cette instance transversale a fait en sorte que « Tout ce qui s'appelle développement social et portraits de territoire, c'est resté sous la responsabilité de la directrice générale adjointe sans que nécessairement les liens soient harmonieux entre ces deux processus » (EA03). Le problème d'harmonisation est venu, entre autres, du fait « qu'il y a un problème au niveau de la mobilité du rôle de responsable » : l'instabilité des postes d'encadrement durant la période de création du CSSS a entraîné « un problème d'appropriation [...] dans le mécanisme d'intégration de ce qui se passe dans le communautaire, au comité de suivi et le reste du réseau local et dans les activités de santé publique. » (EA03)

Selon cet informateur, il faudrait donc revoir les « mécanismes de travail de l'élaboration et de suivi du PAR-PAL ou du PAL à l'intérieur du CSSS » (EA03). L'intégration est en effet importante car « le défi du PAL c'est que le clinique ne soit plus le clinique *intra muros* traditionnel. Il y a des transformations de pratiques à faire et ça implique nécessairement des liens plus rapprochés avec la communauté ». (EA03) En fait, les CSSS devraient faire en sorte que les PAL soient intégrés à l'ensemble de leur offre de services, mobilisant à cet effet les équipes des programmes services, la direction et le conseil d'administration :

On comprend bien que c'est l'enjeu provincial. La santé publique c'est une tête d'épingle dans tout l'ensemble des enjeux qu'ont les CSSS et c'est clair que c'est la moindre de leurs préoccupations même si c'est quand même un programme service majeur et transversal. Il reste que ce n'est pas quelque chose qui prend beaucoup de place dans les CSSS actuellement. Je dirais même que ça ne prend pas de place du tout. (EA03)

### ***Les rapports de la DRSP avec les CSSS et l'organisation communautaire***

Pour cet agent de la DRSP, trois défis se présentent dans les rapports avec les CSSS :

- « intégrer un cadre de référence régional dans chacune des orientations »;
  - « s'approprier [...] un vocabulaire, une façon de faire, une pratique »;
  - « qu'on se comprenne sur ce qui est *top down* et [sur] ce qui vient du milieu ».
- (EA03)

Pour les relever, il propose des mécanismes de soutien mettant à contribution l'expertise de la DRSP. Il est notamment « en train de construire des petites équipes en tandem avec les gens du CSSS et des gens de la direction de la santé publique pour produire les portraits de territoire ensemble » (EA03).

L'autre façon c'est évidemment [...] une offre de soutien. On développe des contenus, on se donne des outils, il y a des communautés de pratique [...] avec les infirmières cliniciennes, de l'offre de formation de médecins,

d'intervenants psychosociaux [...] des lieux d'échanges avec les organisateurs communautaires des CSSS. On développe des cadres de référence. (EA03)

« En fait, on est beaucoup dans un travail de coconstruction. [...] le climat de travail de la table régionale jusqu'à cet automne a été vécu beaucoup comme le fait de s'approprier régionalement, localement. [...] Donc le régional influence le local et le local influence le régional. » (EA03) Dans cette dynamique,

...la direction de santé publique s'est dotée, depuis septembre, d'un groupe de personnes sénior en santé publique qui sont des conseillers à la planification pour l'élaboration des PAL. Donc chaque CSSS a son conseiller en planification et la direction de santé publique a offert l'équivalent de deux jours semaine à chacun des CSSS. (EA03)

Quant au défi de l'approche descendante en santé publique, il faut bien comprendre que la DRSP s'inscrit dans le cadre légal de la santé publique au Québec :

Il reste que le cadre régional est tout à fait en ligne avec le programme national de santé publique, qui, lui, est quand même assez directif par rapport à ce qui est attendu. Donc il reste qu'il y a quand même du Ministère au régional, au local, vraiment une impression de *top down* qui est quand même importante au niveau de quelles sont les grandes orientations, c'est quoi les objectifs qu'on poursuit. Je dirais que la marge de manœuvre est beaucoup plus comment est-ce qu'on l'applique localement, quelle forme ça va prendre localement. (EA03)

C'est un enjeu particulièrement important dans le dossier du développement social et du développement des communautés :

Je crois que le défi, puisque c'est le développement social, le développement des communautés qui vous intéressent, ça va être beaucoup cette histoire de *top down* versus ce qui vient de la base. C'est un dialogue expert qu'on se comprene sur ce qui est *top down* et ce qui vient du milieu, et, à un moment donné, de faire du sens avec ça. C'est, comme on dirait, une petite guerre à n'en plus finir.

Et c'est quoi le développement des communautés si ça ne vient pas de la base depuis le début? Et si ça vient de la base et que ça n'a pas rapport avec le programme national de santé publique, comment ça se fait qu'il y a un écart si important en réalité? Moi, ce que je dis tout le temps, c'est que le programme national de santé publique, il n'est pas né de rien. Il est né de plusieurs décennies de travaux de santé publique et de connaissance des communautés, d'un réseau de santé qui était déjà installé, de CLSC qui essayaient de faire du mieux qu'ils pouvaient pour en faire de l'organisation communautaire. [...] Les structures et les cadres de référence en santé publique reconnaissent l'importance de la participation citoyenne.

Ce que je veux dire, c'est qu'il faut qu'on se comprene, qu'on parle de la même chose. On a les mêmes convictions et il faut faire du sens avec ça. Donc voilà, je crois que c'est par le sens qu'est la solution. Il va falloir qu'il y

ait des gens qui prennent du leadership aussi par rapport à donner des orientations claires. (EA03)

La démarche d'élaboration du PAL touchait trois territoires de CLSC qui ont été regroupés lors de la création du CSSS, mais une seule OC y a été associée. En fait, la directrice générale adjointe « qui assumait le rôle de gestionnaire d'encadrement de l'organisation communautaire » s'estimait en mesure « d'apporter ce point de vue à la table des partenaires », de sorte que « l'organisation communautaire ne siège pas d'emblée sur le comité de suivi » mais les OC sont plutôt invités ponctuellement pour présenter « différents dossiers ». « Comment les organisateurs communautaires ont vu tout ça? Je n'en ai aucune idée. » (EA03)

Mais c'est certain qu'il y a un enjeu en ce qui a trait à la façon dont « l'organisation communautaire va s'inscrire ou non dans les dossiers de santé publique » :

Je ne crois pas que soit explicite le lien entre l'organisation communautaire et la santé publique du point de vue des organisateurs communautaires. Je pense qu'ils sont beaucoup plus habitués à travailler les différents dossiers qu'ils avaient – qui ont toute leur importance parce que ça vient de la base et le soutien aux groupes communautaires –, mais qui sont plus éloignés de la santé publique. Donc ils ne sont pas nécessairement collés à la planification de santé publique jusqu'à maintenant. EA03)

Il y a donc « beaucoup de travail à faire pour faire le lien entre les besoins du milieu, l'organisation communautaire et ce qui semble être des enjeux de santé publique » (EA03).

### ***Le discours de la santé publique à propos des partenaires***

On considère que le milieu a contribué puisque dans la démarche du PAL, « on s'est inspirés du programme national et, à partir des activités qui se faisaient dans le territoire, il y a eu des recommandations. C'est beaucoup parti des travaux des partenaires. » (EA03). Ainsi, à cause de l'importance d'une problématique spécifique sur le territoire, « tous les partenaires impliqués soit dans la prévention, soit dans les soins et services auprès des personnes vulnérables à cette problématique se sont rencontrés à plusieurs reprises pour faire la même démarche : c'est quoi l'état de situation de chacun, discuter de l'écart et faire des recommandations. » (EA03) Cette démarche consultative qui répond à un problème local, montre bien que la santé publique prend en compte les réalités locales et que les PAL ne sont pas seulement une copie locale du PAR et du PNSP. Reste que dans une démarche consultative, le pouvoir de décider demeure le privilège de celui qui consulte.

## **1.2. Dans la région A**

### ***La perspective de la DRSP sur les PAL***

Pour la première opération d'élaboration des PAL en 2003, la DRSP a mis en place une table régionale-locale où siégeaient les personnes responsables de la santé publique de



chacun des CLSC. Deux personnes de cette table ont par la suite participé au « comité régional pour faire notre PAR » (EA19) :

La première chose qu'on s'est dite, c'était qu'on ne devait pas faire de choix régionaux de priorités – et on a continué ça aussi dans la mise à jour – parce qu'on s'est dit que ça appartient au niveau local, selon les caractéristiques de leur population, de faire des priorités. [...] Donc on leur a proposé des cibles d'action. [...] On s'était fixé des objectifs et il y a eu une journée avec tous les gens des CLSC, de toutes les équipes. Ça a été une grosse rencontre où on a regardé la faisabilité et la clarté de chacun de ces énoncés-là. (EA19)

Par la suite, il y a eu une démarche régionale réalisée par la DRSP pour les cibles « qui n'étaient pas du ressort des CLSC », mais plutôt des municipalités ou des institutions régionales; et une série de démarches locales : « Chaque CLSC a mis en place une table pour élaborer son plan d'action local. Ils ont fait ça d'une façon différente les uns des autres. » (EA19) Certains ont constitué une table du PAL, d'autres « ont fonctionné avec des tables qui étaient déjà existantes » (EA19).

« Les PAL, ils avaient été faits avec une réalité de CLSC. [...] Les plans d'action locaux, leur beauté était qu'ils étaient en fonction des besoins particuliers des populations. » (EA19) En termes d'accompagnement toutefois, la DRSP allait jusqu'à l'orientation de la démarche : « Moi j'étais là beaucoup pour faire la traduction des cibles, à quoi on s'attendait, vers où on devait tendre et répondre à mille et une questions, et les orienter dans leur démarche [...] sur une période d'à peu près une douzaine de semaines. » (EA14). Un autre agent de la DRSP ajoute : « Le premier était plus prescriptif, je dirais. Ils devaient s'inscrire là-dedans et, bon, ils avaient le choix de dire oui ou non sur les cibles, ils s'inscrivaient oui ou non, mais ils ne pouvaient pas sortir de ça tellement. » (EA20). Ce jugement est corroboré par une autre agente de la DRSP à l'époque : « Il était assez prescriptif le premier quand même. Il y avait des cibles qui étaient obligatoires pour tous, ce qui voulait dire tous les territoires de CLSC. » (EA10).

À la suite de la restructuration du réseau et à la création des CSSS en 2004, la DRSP s'est préoccupée de préserver le caractère « populationnel » des PAL : « L'idée était de voir là où il y a des différences, est-ce que ça s'explique par des caractéristiques de la population? C'est correct et il faut qu'on garde ça. Mais là où une différence c'est juste parce que les intervenants aiment mieux travailler de même, bien, là il faut se requestionner. » (EA19) La DRSP a donc entrepris une tournée régionale de rétroaction sur les PAL de chacun des CLSC et, dans les cas de regroupement de plusieurs CLSC dans un même CSSS, identifié « les écarts, les convergences entre le PAL de l'un et de l'autre pour qu'ils puissent mieux voir [...] les choses différentes, mais qui s'expliquent, et les choses qui étaient différentes, mais que, probablement, il y aurait besoin d'harmonisation. » (EA19)

En fait, l'avènement des CSSS a entraîné des transformations majeures dans la région qui ont rendu le travail plus complexe. D'une part, les CSSS ont opté pour des façons de faire différentes : certains ont conservé les concertations sur la base des territoires de CLSC, d'autres « ont remanié ça autrement » (EA19). D'autre part, le conseil régional de développement qui avait été l'interlocuteur de la DRSP pour l'intervention auprès des partenaires qui n'étaient pas du réseau de la santé et des services sociaux, a été transformé en conférence régionale d'élus (CRÉ) où leur représentation a été modifiée.

À l'échelle locale toutefois, les PAL ont été confiés au réseau local de services (RLS) en santé publique :

Quand ils ont commencé à faire leurs projets cliniques d'ailleurs, les CSSS venaient juste de finir les plans d'action locaux. Donc il y avait eu une collaboration étroite avec les acteurs intersectoriels, les mêmes acteurs qu'on ciblait par les réseaux locaux. [...] ils partaient sur cette base-là qui était pour eux une base positive [...] une force c'était cette expérience-là qu'ils avaient eue avant et qui était positive pour la très grande majorité. Je n'ai même pas en tête une place où est-ce que ça avait viré négativement. (EA19).

La démarche d'élaboration du second PAR se basait sur une volonté d'atténuer l'effet «top-down» en constituant un PAR qui serait en quelque sorte la somme des PAL. Il s'agissait pour les CSSS de prendre connaissance des cibles fixés par Québec, des hypothèses de cibles identifiées par le régional, et ensuite de décider de leurs propres cibles avec les partenaires concernés, sous réserve de l'approbation finale de la DRSP. Toutefois la démarche d'élaboration du second PAR-PAL s'est faite en contexte de restriction des ressources selon cette répondante de la DRSP: « On a dit on a x nombre de ressources. Qu'est-ce qu'on est capables de faire avec ces ressources-là en se donnant comme objectif d'optimiser avec les ressources qu'on a? [...] Parce qu'on pense que dans les deux, trois, peut-être quatre prochaines années, on n'aura pas plus d'argent. » (EA19). On a donc « mis beaucoup plus d'emphase sur les stratégies qui sont l'accès à l'intersectoriel, le développement des communautés et l'influence des politiques publiques [...] et on s'est mis des résultats attendus dans ces volets-là [...] et on va les suivre. Ce qui, selon moi, leur donne plus de pouvoir. [...] On veut beaucoup mettre de l'avant toute la hiérarchisation d'interventions. » (EA19).

### ***Les rapports de la DRSP avec les CSSS et l'organisation communautaire***

Dans le cadre du premier PAL en 2003, le PAR a fait l'objet d'une journée avec les gens des CLSC « où on a regardé la faisabilité et la clarté de chacun de ces énoncés » (EA19), un montant d'argent a été alloué aux CLSC pour élaborer leur PAL et un conseiller leur a été assigné « au niveau du processus » et non « pas expert » (EA19). La disponibilité de ces conseillers c'était « quasiment du demi-temps. On parle d'être présent partout, dans les consultations, dans l'élaboration des différents objectifs [...] des cibles transversales dont le développement communautaire » (EA20). Ils avaient mission de « soutenir

l'élaboration des plans d'action locaux [...] en lien avec les cibles du plan d'action régional » (EA14) Ils intervenaient donc auprès des gestionnaires des CLSC pour « aller chercher l'information » et établir une liste d'épicerie en termes de besoins financiers (EA14). Ils avaient aussi à orienter le processus (EA10).

Le soutien développé par la DRSP s'est concrétisé par la production d'outils, une offre de formation pour développer les compétences des personnes qui avaient à réaliser les PAL, l'élaboration de programmes et l'évaluation des résultats (EA19).

Un effet « mobilisateur » de cette approche c'est « au niveau du développement des communautés parce que c'est reconnu. C'est inscrit, c'est dedans. » (EA20) :

Donc ça nous a permis, avec les CLSC, d'intégrer, si on veut, les objectifs d'organisation communautaire, de développement des communautés à l'intérieur des PAL, et tout ce qui existait. Parce qu'on avait quand même une expérience. À partir de 1997-1998, on avait intégré ou financé les CLSC pour qu'ils établissent ou mettent sur pied des tables de concertation intersectorielles en petite enfance, en jeunesse. En sécurité alimentaire c'est venu plus tard [...], mais on les a mises sur le même modèle quand c'est arrivé. [...] Dans le fond, mon action ça a été une action d'influence auprès des cadres du CLSC qui s'occupaient des tables intersectorielles, les cadres supérieurs ou intermédiaires. Et je pense que j'ai sensibilisé à l'importance du développement des communautés, l'importance de l'action intersectorielle, l'importance des municipalités, l'importance de s'associer aux municipalités et aussi l'approche Villes et villages en santé dont j'ai toujours fait la promotion. [...] L'idée d'une action communautaire au niveau municipal est rentrée là, avec ces démarches-là, si on veut. (EA20)

Cette analyse semble reposer sur une confusion dans la définition du développement des communautés puisque les « tables intersectorielles » organisées autour d'un programme ont la responsabilité de mettre en œuvre un programme (approche descendante) sur des enjeux sectoriels (jeunesse, petite enfance, sécurité alimentaire) qui n'ont, au point de départ, ni un caractère de développement local ni ne touchent des enjeux transversaux à plusieurs programmes. L'intersectorialité tient ici à ce que des acteurs de l'extérieur de l'établissement sont associés à une intervention professionnelle.

La mise en place des CSSS en 2004 a été perçue tantôt comme une occasion tantôt comme une menace. Un agent de la DRSP estime que :

Les fusions [...] ça a eu un impact positif pour nous. [...] Avant la direction de santé publique était perçue [...] par les CSLS et, entre autres, les organisateurs communautaires, toute la section du développement communautaire, un peu comme des empêcheurs de tourner en rond, des prescripteurs. C'est vrai qu'on avait nos programmes et il fallait appliquer ça un peu dans le modèle protection [...]. Et la donne a changé parce qu'on est devenu tout à coup des alliés des CLSC qui ont été un peu fusionnés, incorporés dans les centres hospitaliers où l'argent est là. (EA20).

La création des CSSS en mettant en péril le travail d'organisation communautaire aurait donc transformé la perception des agents de la DRSP de « prescripteurs » à « alliés » devant la menace commune d'un déplacement du financement vers les services hospitaliers aux dépens de la mission CLSC. Son collègue met par contre en évidence l'autre face, le côté inquiétant de ce changement :

Quand il y a eu la restructuration, on a eu peur que la santé publique soit mise un peu, pas juste un peu, qu'elle soit mise de côté [...] Quand il y a le curatif qui relève des mêmes décideurs que la prévention, souvent le curatif prend le dessus. En voulant faire en sorte que des hôpitaux se joignent aux CLSC, ça devenait une petite partie de l'offre de service du nouveau CSSS. On s'est dit il faut qu'on structure ça pour que la voix de santé publique soit bien entendue. (EA19).

Cette action s'est déployée en cinq stratégies :

- La demande qu'une direction de santé publique soit établie dans chaque CSSS qui participe à une « table de coordination régionale de santé publique », « notre TCRSP »;
- L'inscription de résultats à l'entente de gestion entre l'agence et les CSSS qui sont inscrits dans une feuille de route informatisée au palier régional, et une présence aux « réseaux clinico administratifs » (RCA) mis en place pour chacun des programmes clientèle, y compris le programme de santé publique;
- La production de rapports annuels de la DRSP sur différentes thématiques et qui comporte une présentation des « bons coups » réalisés localement;
- Une démarche de production d'« indicateurs de développement des communautés » pour l'ensemble des territoires locaux avec le soutien d'agents de la DRSP « pour qu'ils puissent travailler avec les bonnes informations »;
- Une priorité accordée à la visibilité intersectorielle : « être présents pour positionner le dossier que ce soit auprès des directeurs généraux des CSSS et des établissements régionaux, mais aussi d'être très visibles au niveau intersectoriel [...] la commission administrative régionale [...] la conférence régionale des élus » (EA19).

Pour l'une des répondantes, les responsables de santé publique dans chacun des CSSS sont considérées comme « courroie de transmission » (EA19). Regroupées à la TCRSP dans le cadre de rencontres qui ont lieu « aux six semaines et une conférence téléphonique entre ça », elles sont pour la DRSP « notre moyen, notre canal [...] pour transmettre l'information, convenir des orientations, convenir des allocations des fois » (EA19). L'importance de cette structure justifie qu'on y investisse des ressources en développement des compétences : « influence stratégique [...] intersectorialité [...] interventions efficaces en santé publique [...] comment bien positionner les dossiers, se doter d'argumentaires » (EA19). Elle fait d'ailleurs en sorte qu'« il y a une grande collaboration régional – local » (EA19).

L'entente de gestion et les liens étroits entretenus avec les directions des CSSS reposent sur le fait que « l'Agence a un rôle de contrôle, en même temps qu'elle a un rôle de soutien [...] parce que c'est une patte du ministère » (EA19). Dans le contexte d'un changement de la situation politique, « il y a eu très peu de financement en santé publique dans les dernières années. [...] C'est un défi de garder les gens, la collaboration avec les partenaires quand il n'y a pas de moyens qui nous permettent de faire évoluer les choses. » Il faut donc miser sur des stratégies de rentabilisation des ressources disponibles avec les limites que cela comporte : « À chaque fois, on se donne des objectifs avec nos partenaires qu'on peut réaliser sans argent. Il y a des choses qu'on peut faire sans argent, mais il y en a d'autres qu'on ne peut pas parce qu'on manque cruellement de moyens. » (EA19).

C'est dans ce contexte que « dans la mise à jour, on a d'une part mis beaucoup plus d'emphase sur les stratégies qui sont l'accès intersectoriel, le développement des communautés et l'influence des politiques publiques. » (EA19) La même démarche se fait aussi dans chaque CSSS « pour faire la promotion de ce nouveau plan auprès de nos acteurs locaux sur le territoire » (EA14).

Les OC n'ont pas nécessairement été associés aux démarches des PAL : « c'est sûr que ce ne sont pas les acteurs qui ont porté haut et fort l'opération. [...] Ça a été une opération portée par les gestionnaires plus que par les organisateurs communautaires » (EA14) On faisait appel à leurs services pour « regarder davantage avec les organismes communautaires du secteur ou bien les municipalités [...] quand je rencontrais les gens, la plupart du temps les organisateurs communautaires n'étaient pas là. » (EA19).

Même dans le contexte où on met l'accent sur « des cibles intersectorielles » dans le prolongement de la mise à jour 2008 du Programme national de santé publique (PNSP), « je ne peux pas dire que les organisateurs communautaires se sont investis de ça trop, trop. » (EA14) Il se peut que cela soit relié au contexte de création des CSSS : « Il y a un petit deuil, tous les organisateurs ont été réunis dans une même équipe [...] ils sont beaucoup moins près de l'action » (EA14) Mais il y a aussi une position de principe à l'égard de la santé publique qui s'est manifestée au moment où la DRSP a créé dans chaque CLSC deux demi-postes d'OC en soutien à des programmes intersectoriels :

Il y a douze ans déjà, quand on a tenté d'implanter nos programmes jeunesse et petite enfance avec des tables intersectorielles, nos organisateurs nous regardaient avec des gros yeux pour nous dire "Écoute donc! On va faire de l'action intersectorielle planifiée. En même temps, on n'est plus les chefs en chef!" Pour eux autres, ce plan d'action local c'est un peu la même affaire. (EA14).

On leur reproche la même attitude à propos des démarches intersectorielles, notamment sous la gouverne des conférences régionales des élus :

Il y en a qui trouvent ça facile, d'autres moins facile, parce que ce sont des instances les conférences régionales des élus qui ont la responsabilité de l'action intersectorielle. Pour plusieurs organisateurs communautaires, cette responsabilité-là c'était la leur et c'est difficile des fois. Ils ne voient pas la façon de travailler de la même façon, donc des fois il y a des courts circuits. (EA19)

En même temps, « je pense que ce sont des acteurs-clés dans la mise en œuvre de ce plan là. Et je pense qu'il faut rapprocher les organisateurs communautaires des équipes et des orientations de santé publique. » (EA14) Le fait que le développement des communautés, le soutien à l'action intersectorielle et le soutien au développement de politiques publiques fassent partie des cibles constitue un contexte favorable, mais « il y a du travail à faire encore pour que les organisateurs adhèrent, s'engagent ou comprennent » (EA14) :

On a un travail d'influence à faire au niveau des cibles de santé publique et je pense que nos organisateurs communautaires ont un rôle à jouer là-dedans, un rôle qu'ils jouent déjà depuis des années et qu'ils doivent et peuvent continuer à jouer pour la mise en œuvre des orientations de santé publique sur notre territoire. Et je n'insisterai jamais assez sur le fait de la connaissance des enjeux, ils ont un rôle clé à jouer. Pour la mobilisation des partenaires et le déploiement des actions de santé publique sur le territoire, en lien avec les politiques publiques, en lien avec les IDC [indicateurs de développement des communautés], en lien avec nos tables intersectorielles où ils sont déjà quand même très actifs. (EA14)

Le rôle attendu de mobiliser le milieu pour la mise en œuvre des programmes de santé publique et d'animation des tables intersectorielles renvoie aux compétences techniques des OC. Un point de vue partagé par un collègue :

Dans tous les CLSC, ils ont joué un rôle important, parce que, comme je vous disais tantôt, il y avait une table intersectorielle et c'étaient, pour la plupart des organismes, des organisations qui étaient en lien avec les organisateurs communautaires. Les coordonnateurs qui étaient responsables de faire le PAL liaient beaucoup chacun avec au moins un organisateur communautaire qui les aidait à travailler ce volet-là de la mobilisation des acteurs et d'amener, de faire cheminer ces acteurs-là vers un plan d'action local. Donc je pense qu'ils ont eu un rôle important. Il y a certains organisateurs communautaires qui ont vraiment bien adopté cet objectif-là et qui y voyaient un avantage. D'autres qui... pour eux ce n'était pas, bien c'était une affaire *top-down* et qui modifiait leur emploi et leur façon de travailler et ils n'étaient pas d'accord. (EA19)

Si ces énoncés semblent réduire l'organisation communautaire aux aspects techniques, un autre énoncé manifeste une connaissance encore plus partielle de l'organisation communautaire en CLSC :

Avant pour les organisateurs communautaires, la municipalité c'était un ennemi quasiment. Ils y allaient avec leurs pancartes et c'est tout là. Ils allaient poser une question avec les pancartes et une gang d'organismes en arrière et

c'était tout. Mais maintenant non. Ils sont sollicités par les municipalités [...] c'est un organisateur communautaire qui est payé à mi-temps par la ville pour développer le concept "Ville amie des aînés". [...] Ils ont appris à travailler ensemble. On a aidé parce que pour nous notre cible c'étaient les municipalités depuis trois ou quatre ans. (EA20)

Cette remarque présente un point de vue qui semble réducteur du travail des OC avec les municipalités. Par exemple, plusieurs ont soutenu et souvent initié avec des élus des démarches d'adhésion au réseau des Villes et villages en santé. Ils ont aussi établi des collaborations de longue date avec les services communautaires des municipalités. Plusieurs sont actifs sur le terrain du développement local où ils côtoient régulièrement des élus, ou dans les dossiers de logement social qui relèvent de la compétence des municipalités. Ces mandats, pour n'en nommer que quelques uns, sont des exemples d'actions menées depuis plusieurs décennies en concertation plutôt qu'avec des pancartes, dans les CLSC aussi bien que dans les CSSS.

### ***Le discours de la santé publique à propos des partenaires***

La DRSP a mis en place à la fin des années 1990 des tables intersectorielles dans tous les territoires de CLSC pour des programmes jeunesse, petite enfance et plus tard en sécurité alimentaire. Ces tables réunissent les acteurs communautaires et institutionnels concernés par ces problématiques, « en général six rencontres d'une demi-journée par année », et reçoivent un budget confié à un organisme communautaire fiduciaire. Elles ont aussi le soutien d'un OC à demi temps « pour la mobilisation » (EA20). Ces tables ont été des instances souvent associées aux démarches de PAL :

Depuis longtemps déjà dans la région, il y avait des tables, surtout en petite enfance et en jeunesse. Ça il y en avait partout. Donc il y avait déjà une base de travail intersectoriel très forte et ça faisait plusieurs années que ces tables-là étaient bien vivantes. Plusieurs ont traité de ces sujets-là avec ces tables-là qui étaient déjà très matures. (EA19).

En effet « ça ratisse tout ce qu'il y a comme organismes communautaires et autres partenaires » et « ça a créé vraiment une tradition de collaboration entre la direction de santé publique et les CLSC » (EA20). La perspective c'est de « les faire virer pour qu'elles soient plus encore, à cause de l'importance de ces déterminants-là, présentes dans les projets » puisque « c'est la même équipe qui s'occupe de bien positionner les déterminants sociaux de la santé » (EA20).

Au moment de la mise en place de ces tables intersectorielles en 1998,

...on payait à la fois l'équivalent d'un demi temps d'organisateur communautaire par CLSC [...] pour la mobilisation : aller chercher les partenaires, les assoir, tout ça. Et on avait un budget de projets, géré par les tables. Nous on avait un droit de regard. À l'époque, on avait plus qu'un droit de regard, on tranchait : est-ce du développement des communautés ou ça ne l'est pas? (EA20).

En fait pour les agents de la DRSP, « c'était de l'accompagnement direct, je dirais : assister aux rencontres, connaître les partenaires, être un arbitre parfois, amener le point de vue de la santé publique – eux autres ne savent pas trop c'est quoi là –, expliquer comment les budgets sont faits, comment les priorités sont établies, etc. C'est ce genre d'accompagnement-là. » (EA20) La situation a un peu changé maintenant puisque « le CSSS est vraiment l'instance de santé publique locale, ce qu'il n'était pas avant » avec la conséquence que la DRSP « a abandonné cette fonction-là. On a un droit de regard ultime, si on veut là. » (EA20). Ces tables intersectorielles ont donc développé une certaine distance, voire une forme d'autonomisation fonctionnelle par rapport à la DRSP.

Au moment de la tournée régionale en 2004, la DRSP a

...rencontré des représentants de chacun des partenaires, dont entre autres la TROC [table régionale des organismes communautaires] et les autres représentants des organismes communautaires [...] On a fait une rencontre d'une journée avec eux pour voir si ce qu'on avait inscrit au niveau des organismes communautaires, ça leur convenait. [...] Ils nous ont dit "Nous autres ont est en collaboration, on ne veut pas être sous-traitants du ministère". [...] Si vous regardez dans notre plan d'action régional, c'est toujours marqué "collaborer". (EA19).

Cela n'empêchait pas certains CLSC d'établir des ententes financées avec des acteurs communautaires de leur milieu : « il y avait une culture dans ces deux CLSC là, qui était plus ancrée encore dans un travail de collaboration intersectorielle et ça faisait en sorte qu'il y avait des allocations qu'ils convenaient ensemble de donner au communautaire pour réaliser tel ou tel volet. » (EA19).

Une perception des organismes communautaires exprimée dans une entrevue se démarque de la politique québécoise de l'action communautaire qui la reconnaît comme une contribution à l'action citoyenne et au développement social :

Moi une chose qui me préoccupe tout le temps, c'est qu'on confond souvent citoyen avec organisme communautaire. Et ça moi ça m'agace parce que pour plusieurs organismes communautaires c'est presque des petites PME. Et ce ne sont pas tous les organismes communautaires qui sont encore issus d'une préoccupation, d'un besoin de la communauté et encore très actuels. C'est important, les organismes communautaires ont tous leur raison d'être et je pense qu'on est une province, une société qui peut compter sur eux et c'est super important. Mais d'un autre côté, moi je ne considère jamais que si j'ai un organisme communautaire sur ma table que c'est un citoyen qui me parle. Il n'est pas plus citoyen que moi-même. Donc si on veut bien adapter les solutions à la communauté, il faut ouvrir vers cette communauté-là et trouver des moyens de la faire parler et de se brancher sur elle. [...] souvent on confond organismes communautaires et communauté. (EA19)

On peut reconnaître facilement que tous les organismes communautaires n'échappent pas à une professionnalisation qui laisse peu de place aux citoyennes et citoyens, et que la



participation est actuellement un enjeu dans les organismes communautaires. Certains se définissent davantage comme des entreprises de services; pour quelques-uns le renouvellement des membres ne reçoit pas toujours l'attention qu'exigerait une participation citoyenne soutenue. Est-ce que cela permet l'affirmation qu'un porte-parole communautaire « n'est pas plus citoyen que moi-même »? Elle permet néanmoins de mieux comprendre pourquoi la DRSP a pu constituer non seulement des tables intersectorielles, mais aussi des organismes communautaires de services : « On a X organismes parce qu'on avait X territoires de CLSC, un organisme par territoire de CLSC, qui étaient financés à même un budget de santé publique pour développer des services de soutien aux aidants naturels de leur territoire. » (EA20) Ce financement était récurrent à la hauteur de un million de dollars par année qui a depuis été transféré au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). « Moi je les rencontrais, on a commencé on les rencontrait quatre fois par année pour parler de ce qu'ils vivaient, leurs problématiques, pour ne pas qu'ils soient perdus dans le champ tout seuls. [...] Et donc on a vraiment fait une action de réseautage avec ces organismes pour les mettre en lien. Et ça a été formalisé. » (EA20) Ce sont ces organismes à qui on a réservé le financement du MSSS au moment où celui-ci a alloué « des montants importants pour le répit aux aidants ». La DRSP a mis en place « des ententes de services avec les CSSS » pour encadrer l'utilisation de ces fonds et le regroupement régional reçoit un soutien financier « pour un chargé de projet pour aider les organismes à transiger avec les CSSS » (EA20). Cette formule soulève un certain nombre de questions. Sommes-nous encore sur le terrain d'organismes communautaires autonomes au sens où les reconnaît la politique nationale (Québec, 2001)? Est-il souhaitable de constituer un regroupement régional sectoriel soutenu par la DRSP pour que des organismes communautaires transigent directement avec leur CSSS en parallèle de leur réseau local de services qui se veut par définition intersectoriel?

### **1.3. Par-delà les particularités régionales : la perspective des DRSP**

Les informations fournies par les agents des DRSP comportent de fortes particularités régionales et l'encadrement donné aux démarches de PAL a varié selon le territoire concerné, mais leurs discours comportent un certain nombre de caractéristiques communes : une volonté que les PAR et les PAL soient élaborés dans le cadre de démarches participatives; des suivis qui misent sur la concertation intersectorielle; l'approche populationnelle comme un enjeu du réseau de la santé et des services sociaux; la tension générée par les approches descendantes dans des stratégies de développement des communautés avec des questions corollaires comme la tension entre le contrôle et le soutien, des rapports difficiles avec les OC et une conception mitigée de l'action et de l'organisation communautaires.

### ***Des démarches participatives initiées par la DRSP***

Les travaux d'élaboration des PAL se sont réalisés dans les deux régions dans le cadre de tables regroupant, à l'échelle régionale, des représentants des établissements locaux responsables du PAL et, à l'échelle locale, du personnel des établissements et à des partenaires de la communauté. Il y a donc eu partout des démarches participatives dont l'initiative est venue de la direction régionale vers les établissements locaux et de ceux-ci vers des partenaires avec l'intention de leur donner la parole sur les grandes orientations de la santé publique établies à partir du Programme national de santé publique (PNSP). L'invitation à ces démarches de consultation n'était pas adressée largement à cause des contraintes imposées par la durée relativement courte du processus. On constate donc que les règles du jeu sont entièrement déterminées par l'institutionnel dans une démarche descendante vers les communautés. D'une région à l'autre, on peut toutefois noter une différence dans le discours de la DRSP relativement à ces partenaires.

Dans la région A, les partenaires locaux les plus souvent identifiés sont réputés avoir déjà des liens avec la santé publique dans le cadre de tables intersectorielles subventionnées par la DRSP sur quelques problématiques spécifiques, notamment jeunesse, petite enfance et sécurité alimentaire.

Dans la région B, les partenaires associés sont d'horizons variés et ne se perçoivent pas comme acteurs d'un processus de santé publique. Dans les deux régions, les partenaires n'ont pas été associés à la définition de la démarche à partir du mandat de santé publique; on les a invités à inscrire leur réalité locale dans un cadre défini régionalement à partir du PNSP.

### ***Des suivis qui misent sur la concertation intersectorielle***

Il y a eu des activités pour donner suite à la démarche des PAL dans les deux régions. C'est notamment sur le terrain du développement social que les PAR-PAL ont suscité des démarches pour initier des actions sur les déterminants sociaux de la santé.

Dans la région A, la DRSP a mené ses propres démarches auprès des partenaires intersectoriels à l'échelle régionale. Au niveau local, malgré une volonté affirmée d'ouverture intersectorielle, l'espace d'initiative locale était encadré serré par une démarche « prescriptive » lors de la première démarche des PAL en 2003 selon deux des agents de DRSP.

Dans la région B, nous n'avons pas d'information sur les initiatives intersectorielles de la DRSP, mais le RLS en développement social mis sur pied par le CSSS pour assurer un suivi semble avoir établi un processus de concertation locale mobilisateur et capable d'une action significative pour les partenaires aussi bien que pour la DRSP.

### ***L'approche populationnelle dans le réseau de la santé et des services sociaux***

Dans les deux régions, on est préoccupés que la démarche des PAL déborde l'organisation institutionnelle des services et prenne en compte les réalités locales. La transformation des pratiques pour favoriser la prévention repose sur la capacité de faire une place réelle aux déterminants de la santé autres que les services de soins. L'intégration des CLSC aux CSSS présente un risque de marginalisation d'un tel enjeu selon les agents de la région A et ne va pas de soi selon notre informatrice de la région B. Sont évoqués le poids des impératifs budgétaires des hôpitaux et la complexité d'intégrer les cibles de santé publique aux projets cliniques des divers programmes clientèle axés sur le curatif, mais aussi la complexité engendrée par le regroupement de plusieurs CLSC sur un même territoire de CSSS, les PAL et autres acquis d'intersectorialité ayant été développés sur la base des territoires de CLSC. Si l'approche populationnelle n'arrive pas à se concrétiser, les visées de la santé publique risquent de demeurer à la marge d'un réseau où l'on se préoccupe surtout de la capacité d'intervention médicale.

### ***Les tensions entre l'approche descendante et le développement des communautés***

Les agents des deux DRSP ont conscience d'être porteurs d'une logique descendante puisque leur mission est d'assurer la concrétisation du PNSP sur le terrain. Ils sont aussi conscients que cela fait réagir les milieux, certains acteurs davantage que d'autres. Dans la région A, une répondante estime avoir une fonction de contrôle des acteurs locaux – OC, responsables locaux de santé publique, organismes communautaires – considérés comme des « courroies de transmission » tandis que le discours de l'agente de la région B souhaite une coconstruction qu'elle décrit comme une influence réciproque du régional et du local dans des processus établis par la santé publique. Sur ces questions, la tension est manifeste dans le discours de tous les interlocuteurs : comment être à la fois agents d'une logique experte et miser sur la participation? La remarque suivante illustre bien cette tension :

La directrice de santé publique ici n'est pas très favorable au programme "Choisir de maigrir" [...] Nous n'avons pas les moyens de le faire [...] mais c'est dommage parce qu'il y a des opportunités dans le milieu et le besoin, personne ne va nier que toute cette question de l'embonpoint, l'obésité et en même temps toutes les problématiques à l'égard du poids, c'est majeur. Et c'est un programme validé, évalué, recommandé par la santé publique. (EA10)<sup>2</sup>

#### ***– Contrôler et soutenir***

Comment réaliser un mandat qui comporte à la fois des rôles de contrôle et de soutien? Est-ce qu'il ne faudrait pas considérer les programmes venant de la Direction nationale

---

<sup>2</sup> Ce programme est évalué par certaines DRSP comme un programme de prévention secondaire qui s'adresse à des personnes déjà aux prises avec un problème d'embonpoint en leur offrant une activité de petit groupe (8 à 12 personnes) sous le modèle des groupes thérapeutiques. C'est pourquoi des DRSP refuse de le financer à même les fonds de santé publique qui seraient davantage destinés à des activités de prévention primaire, en amont de l'apparition des problèmes, et visant les déterminants sociaux de la santé..

de santé publique et des DRSP comme des propositions élaborées à partir de pratiques qui se sont avérées efficaces en réponse à des problématiques de milieux locaux? Comment avoir une position de soutien à une prise en charge locale quand la marge d'initiative ne dépasse guère les modalités de mise en œuvre des cibles établies comme prioritaires dans le cadre des programmes? La piste commune aux deux DRSP c'est une offre de soutien professionnel par le biais de conseillers de même que la formation, le partage d'expériences et le développement d'outils. Mais dans les deux régions, on écarte généralement la perspective que, en regard des objectifs généraux de la santé publique, les meilleures pratiques ne soient qu'indicatives et offertes comme un soutien à l'initiative et à la créativité locale dans la prise en charge des enjeux du milieu. Quant à la question du financement des pratiques de changement, lorsqu'on se demande comment mobiliser quand il n'y a pas de nouvelles ressources financières pour susciter l'adhésion des acteurs locaux, il faudrait voir ce qui est en cause. S'agit-il de soutenir l'innovation locale ou bien d'obtenir des engagements dans le cadre de rapports d'instrumentalisation?

– *Des rapports difficiles avec les OC*

Dans les deux régions, certains OC ont été associés aux démarches de PAL, mais il n'y a pas eu de mise à contribution systématique d'une expertise du terrain. Cela tiendrait aux choix des gestionnaires locaux qui ont mené de façon différente les diverses démarches. Mais les entrevues mettent aussi en lumière des liens difficiles quand ce ne sont pas des jugements assez durs des agents de la DRSP sur les OC.

Tous les agents de la DRSP A ont exprimé à la fois une déception à l'effet que les OC ne se montrent pas particulièrement proactifs dans les démarches de santé publique, mais aussi un agacement devant leur attitude de résistance aux initiatives de promotion de l'intersectorialité : elles seraient, selon leur discours, perçues comme une perte de pouvoir par les OC, des professionnels habitués à avoir la maîtrise des démarches de concertation. Du point de vue de ces agents, la santé publique aurait eu une contribution majeure sur ce terrain en choisissant la stratégie et en apportant l'expertise du développement des communautés. Certains agents semblent toutefois ignorer que leurs initiatives sur ce terrain arrivent après une vingtaine d'années de pratiques des OC en développement des communautés, une stratégie caractéristique de l'organisation communautaire en CSLC durant les années 1980-1990 (Favreau et Hurtubise, 1993). On peut par ailleurs répertorier un nombre significatif de pratiques de développement des communautés dans les CLSC de les régions – dont un important travail avec les municipalités – depuis à tout le moins la moitié des années 1980.

– *Une conception mitigée de l'action communautaire*

Relativement aux partenaires des organismes communautaires, une seule remarque de l'informatrice de la région B porte sur le fait que les travaux des partenaires ont été déterminants dans les choix locaux et régionaux.

Dans la région A, on a d'abord souligné la contribution financière de la DRSP pour associer des organismes communautaires aux démarches intersectorielles sur certains enjeux de santé publique. Les acquis de cette stratégie sont considérés à ce point déterminants qu'ils expliqueraient la mobilisation des partenaires dans les démarches des PAL. Dans ce contexte précis, la tendance est de considérer les organismes communautaires comme des co-producteurs de services. À ce titre, ils sont des intervenants tout comme ceux du réseau et il est légitime, au même titre que ce qu'on attend des services publics, de les inscrire dans des ententes de services établissant la nature des résultats à produire en fonction du financement reçu et de leur demander une reddition de comptes.

## **2. LES GESTIONNAIRES DE CSSS**

Pour les gestionnaires de CSSS qui ont eu une responsabilité dans les démarches de PAL, ces processus ont été traversés par la volonté, d'une part, de ne pas reculer en termes d'acquis en promotion de la santé et en intersectorialité et, d'autre part, d'inscrire ces démarches dans la mise en place des projets organisationnels et cliniques (POC) des CSSS constitués peu de temps après une première démarche d'élaboration des PAL.

### **2.1. Dans la région B**

La gestionnaire rencontrée dans le cadre de notre recherche exprimait une double préoccupation : « Comment s'assurer dans le fond, d'une part, qu'on va intégrer des activités de prévention et de promotion de la santé partout dans nos services cliniques et, par ailleurs, qu'on va aussi avec les partenaires sur le territoire agir sur les déterminants de la santé [...] plus en partenariat, en intersectorialité. » (EG01) Elle ajoute une troisième préoccupation, partagée avec la DRSP, qui fait le pont entre ces deux volets : « Je pense que l'intention c'était de s'assurer que les fonds en prévention n'allaient pas disparaître. Parce que, quand on parle de CSSS, on parle habituellement d'hôpitaux. Alors il y a eu une grande préoccupation là-dessus. » (EG01)

Au niveau de l'intégration dans les pratiques cliniques de la prévention et de la promotion de la santé, il importe de « vraiment se donner des mécanismes de coordination à l'interne » et de miser sur la connaissance du terrain développée par les intervenantes et intervenants : « notre terrain à nous, il n'est pas comme le terrain du voisin » (EG01) La démarche a permis de créer une synergie ainsi que des changements administratifs structurants : « Je pense qu'on a créé des alliances. On a créé un réseau, on a créé de la confiance sur des enjeux, [...] on a créé une équipe d'organiseurs communautaires qui n'existait pas. On s'est doté d'un mécanisme de coordination. Mais ça il faut le réactiver, ça a été un peu négligé ces derniers temps. » (EG01)

Le PAL c'est un moyen privilégié pour faire de la santé de la population du territoire une visée intégratrice : « J'aimerais ça que, quand les gens posent un geste qui s'inscrit dans

une activité de promotion de la santé ou de prévention – les cliniciens ou les organisateurs communautaires –, qu'ils sachent que ça s'inscrit à l'intérieur d'un ensemble d'actions.» Il y a donc une dimension stratégique pour le CSSS dans la démarche du PAL : « Le plan c'est un guide, mais c'est aussi un outil de communication qui permet d'avoir cette vision-là. [...] Parce que, que je l'écrive ou pas, le développement social on s'en occupe. Mais de le rassembler et d'avoir une vue d'ensemble, ça va permettre de réfléchir sur comment on fait pour mesurer ce qu'on fait, quel genre d'impact ça a. » (EG01)

La démarche du premier PAL s'appuyait sur un PAR dans lequel « il y avait je ne me souviens plus combien de cibles et d'objectifs. C'était assez volumineux. [...] Quand on rassemblait tout ça, ça donnait une vue exhaustive et un peu micro, finalement, de tout ce qui se faisait partout. [...] La marge de manœuvre locale, je dirais qu'elle était assez mince dans le premier PAL » (EG01).

Cela soulève la question des rapports entre une approche experte (descendante) et l'approche communautaire ou de développement social des communautés :

Le rôle au niveau régional, c'est vraiment l'expertise santé publique. Ils ont une expertise particulière. Par ailleurs je dirais que, dans les CSSS, on a l'expertise terrain. Et ce sont deux choses fort différentes et c'est important qu'on arrive, dans le fond, à profiter de l'expertise respective des uns et des autres. Parce que je pense que ce sont justement nos organisateurs communautaires, nos intervenants, nos cliniciens, nos travailleurs sociaux, nos infirmières qui, au-delà des programmes, connaissent le terrain, connaissent les réalités et comment on va déployer les services, qu'est-ce qui est le plus approprié, qu'est-ce qui devrait être prioritaire. (...) Je suis absolument d'accord avec le plan national, je n'ai aucun problème avec ça. On fait des interprétations au niveau régional et c'est correct, on identifie des priorités. Mais là, au niveau local aussi il faut qu'on ait une marge de manœuvre pour être capables d'identifier des priorités. (EG01)

Au moment de l'élaboration du second PAL, le CSSS « est toujours confronté à la même chose : comment introduire nos réalités, nos enjeux locaux en matière de santé de la population? Comment introduire ça à l'intérieur du plan d'action local en santé publique à partir du format que nous donne la direction de la santé publique régionale où la question des inégalités sociales est absente ou très peu présente? » (EG01). Il faut donc en arriver à « trouver notre zone de confort par rapport aux enjeux de santé », ce qui ne va pas de soi si on ajoute le manque de ressources : « les gens sont essoufflés, on manque de moyens » (EG01).

Les enjeux de développement social d'un territoire urbain ont quand même été l'occasion de mettre en place un comité de suivi qui a prolongé les travaux des tables intersectorielles consultées dans la démarche d'élaboration du PAL. C'est la prise de

conscience « que tout le monde autour de la table a une préoccupation et partage ses préoccupation », qui « permet d'avoir des actions qui convergent et d'être plus efficaces dans ce qu'on fait » (EG01). La démarche a permis au CSSS, mais aussi à la municipalité, à la commission scolaire et aux groupes communautaires, d'« être connectés vraiment aux grands enjeux de santé » de telle sorte que la création du comité de suivi a marqué « une espèce de bond qualitatif par rapport à ce qu'il y avait avant » (EG01).

L'enjeu du territoire est au cœur du processus. La création du CSSS ayant entraîné le regroupement de plusieurs territoires de CLSC, la démarche du PAL a mis à contribution des gens qui n'avaient « pas l'habitude de travailler ensemble » :

Alors l'idée c'était de les inviter à venir s'asseoir avec le CSSS et voir, poser un regard sur l'ensemble des réalités du nouveau territoire administratif du CSSS. Dans les territoires d'origine, je pense qu'il y a des milieux de vie. On n'a pas définitivement ça, mais venir voir un peu comment on pouvait ensemble... Est-ce qu'on avait des enjeux transversaux, c'est-à-dire qui rejoignaient toutes les populations de ces territoires-là? [...] Bref ça a été un exercice extrêmement intéressant qui a permis de voir qu'il y avait des enjeux extrêmement importants pour l'ensemble des parties du territoire, qui étaient vraiment des enjeux transversaux. (EG01).

En fait, sur le terrain du développement social, ce ne sont pas les plans d'action qui manquent, mais leur articulation stratégique :

Ce n'est pas un comité qui fait des plans d'action, on s'entend. Parce qu'un des constats qu'on a fait c'est que des plans d'action il y en avait à la tonne. Ce n'est pas tellement les plans d'action le problème, mais c'est surtout de s'assurer qu'on a les ressources pour [les réaliser], que les milieux ont les ressources pour mener à terme leur plan d'action, pour lutter contre la pauvreté, améliorer les conditions de vie des gens, etc. (EG01).

Le comité de suivi a donc identifié des enjeux transversaux et s'est donné un mode de fonctionnement qui en fait « un mécanisme de coordination sur le territoire » : « se donner une vision commune et partager des enjeux et ensuite agir à partir de nos propres champs » (EG01).

Cette avancée repose sur une perception commune de « la population qui vit dans les territoires. [...] Les différents acteurs interviennent à partir de leur propre mission. Toutefois, il y a une convergence qui s'établit [...] qui fait que tu es capable d'élaborer des stratégies. [...] Il y a vraiment une intersectorialité qui se développe à un niveau stratégique. » (EG01). Mais elle tient aussi au processus même qui a permis de créer des complicités : « On a réussi à créer un réseau local intéressant, dynamique, des complicités. C'est rare qu'on utilise ce mot là, mais [...] il se passe des choses dans le formel et dans l'informel. Et ça, c'est très important. » (EG01).

Ces rapports de complicité manifestent le partenariat que le CSSS tient à préserver : « Il n'a jamais été question d'entente de services via ces activités-là. [...] On est sur du partenariat autour de grands enjeux. [...] On ne veut pas tomber dans les rapports de contrôle. » (EG01) Cette caractéristique partenariale du comité de suivi a une telle importance pour la responsabilité populationnelle que le CSSS estime préférable que l'allocation des crédits demeure une tâche régionale :

Actuellement au niveau régional, ils sont en discussion pour voir si les crédits de santé publique devraient tous transiter via les CSSS qui eux vont les donner aux partenaires. Nous comme établissement, on s'est toujours opposé à ça parce qu'on veut avoir des rapports [de partenariat]. Ça n'exclut pas qu'on puisse avoir une entente de service avec un groupe. On en a sûrement là, on en a quelques-unes. Mais on ne veut pas devenir le bailleur de fonds. On ne veut pas créer ce type de rapports là et on considère que c'est à la santé publique régionale de porter ce rôle là. [...] Je ne sais pas exactement où ils en sont là-dessus, mais c'est sûr que nous comme établissement, on est préoccupé de préserver des liens de partenariat. (EG01).

La démarche du comité de suivi a un caractère éminemment communautaire, pourtant une seule OC a été associée au processus. Cela a suscité des difficultés puisque les équipes d'OC provenant de trois CLSC distincts n'avaient pas été intégrées au moment où l'élaboration du PAL 2009-2012 s'est organisée : « ce n'était pas vraiment fonctionnel » (EG01). L'expérience a incité par la suite le CSSS à modifier son plan d'organisation et à regrouper les OC dans une même équipe relevant de la direction de santé publique :

Pour ce qui est du plan d'action local en santé publique, on en est venus à la conclusion que ça ne pouvait pas se développer en dehors de l'équipe d'organisation communautaire. Parce que ce sont eux qui sont impliqués dans plusieurs volets du programme de santé publique, de toutes sortes de façons. Ce n'est pas une exclusivité, je pense, mais quand même, ils sont impliqués dans certains volets. (EG01).

En plus de regrouper les OC, le CSSS a décidé de créer un poste d'agent de planification, de programmation et de recherche : « Son rôle à cette personne-là, ça va être d'élaborer un plan d'action local en santé publique [...] sous la responsabilité du chef qui gère l'équipe d'organiseurs communautaires » et « elle va faire partie de l'équipe ». On veut avoir « quelqu'un qui est en proximité avec le terrain, mais en même temps qui a une fonction un peu plus réflexive » de façon à pouvoir « formaliser les choses » et « rendre ça plus visible » (EG01). Contrairement à la démarche du CSSS de la Montagne (Bourque, 2008a), le poste n'a pas été prélevé sur les postes d'OC, mais créé à partir d'un poste cadre vacant (EG01). Il s'agit donc d'un ajout net puisque la gestionnaire estime qu'elle ne peut pas « enlever un organisateur communautaire de la communauté où est-ce qu'il y a tellement d'enjeux » (EG01).



## 2.2. Dans la région A

Les gestionnaires de CSSS du second territoire de recherche estiment eux aussi que la première démarche d'élaboration des PAL laissait relativement peu de marge de manœuvre au local même si les CLSC ont mené le processus chacun à leur manière :

Avec le premier, on avait des choix et pas de choix. Avec le deuxième, on avait tous les choix possibles, mais, bon, il ne faut pas se leurrer. C'est sûr qu'il y a quatre ans, il y a eu plusieurs centaines de milliers de dollars qui ont été investis, notamment dans saines habitudes de vie, école en santé, etc. Je ne pense pas que la direction de santé publique aurait apprécié beaucoup qu'on se désengage de ces cibles-là puisqu'on a obtenu de l'argent. On était quand même un peu liés à certaines cibles. (EA14).

Il n'en demeure pas moins que ce qui s'est fait constitue une avancée pour la santé publique :

...ne plus voir la santé publique comme une addition de petits programmes, mais comme quelque chose d'englobant, incluant le développement des communautés. Ça a été, je pense qu'on peut le dire, c'est mission accomplie. [...] Je pense qu'on a réussi un tour de force, ça a été probablement de s'approprier une certaine expertise qui n'était pas toujours présente auparavant dans certains volets de santé publique. (EA10).

L'existence d'une direction locale de santé publique fait une différence dans un établissement comme un CSSS : « Ça a donné une place aux organismes communautaires dans le CSSS [...] qu'il y ait une direction qui s'en préoccupe » (EG09).

Les CSSS et leurs partenaires ont eu à s'ouvrir à une contribution de l'expertise de santé publique :

Moi je travaille dans un CSSS où les gens sont engagés [...] Maintenant il faut les habiliter : on va être dans les changements de pratique, dans les meilleures pratiques. Il y a beaucoup moins de résistance parce que, de la manière dont on fait descendre ça, ce n'est pas [...] "on a le meilleur programme du monde". Souvent ce sont des choses qui sont peut-être un peu plus structurées que ce qu'ils faisaient, mais qui ne sont par contre pas si éloignées de ce qu'ils faisaient, mais qui sont mieux structurées et qui ont fait leurs preuves. Donc il n'y a pas beaucoup de monde qui résiste à ça. Et il y a des outils qu'ils peuvent aller chercher. Ça là-dessus, on est extrêmement bien soutenus par la direction de santé publique sur le soutien, sur les formations, sur le développement d'outils. (EA14)

Le renouvellement du PAL a été organisé sur la base d'une démarche régionale moins contraignante et les responsables locaux de santé publique ont davantage été mis à contribution dans la phase d'élaboration. Même s'il demande « de redéfinir leur engagement, principalement les CLSC [...] le format du PAL 2012 est beaucoup plus accessible [...] parce que les cibles sont regroupées maintenant [...] il n'y avait pas de cible régionale prescrite, en théorie. » (EA10). Cette grille a été élaborée à travers les

rencontres régionales des responsables locaux de santé publique. Un soutien a été offert à chaque CSSS sous forme d'un montant forfaitaire pour dégager « un chargé de projet ou quelqu'un qui allait chercher l'information » (EA14). Dans ce contexte, le rôle des gestionnaires de CSSS par rapport aux cibles du PAL « ça a été un rôle évidemment d'orientation par rapport à la faisabilité de continuer ou de le réviser à la hausse ou à la baisse » (EA14). Et maintenant il leur revient d'assurer « la promotion de ce nouveau plan-là auprès des acteurs locaux sur le territoire. » (EA14) Ce qui fait dire à la responsable locale de santé publique : « Moi ce que j'ai à faire en fait, c'est d'assurer le positionnement stratégique du plan d'action local de santé publique, d'assurer qu'on rencontre les cibles et les objectifs. » (EG09)

Les partenaires ont été consultés via « toutes les tables de concertation qui existent. [...] On les informés et on a sollicité leur vision des choses, leurs intentions, ce qu'ils voulaient, ce qu'ils ne voulaient pas, dans quoi ils pouvaient s'inscrire ou pas. [...] Les engagements qu'on a pris étaient respectueux de ce que les partenaires en général avaient dit lors de cette consultation-là. » (EA10). La consultation n'ouvrait cependant pas à une définition des enjeux à partir des réalités locales et le processus décisionnel est demeuré sous le contrôle du CSSS dont le conseil d'administration est la seule instance à pouvoir engager l'établissement et à pouvoir adopter le PAL. Le RLS en santé publique « c'est une instance consultative qui a un pouvoir, je dirais un poids majeur en termes d'influence. Le conseil d'administration, il faudrait qu'il soit, je dirais, drôlement équipé pour refuser ou contrecarrer quelque chose qui serait recommandé et approuvé par le RLS santé publique. » (EA10). La situation est d'ailleurs réciproque pour les partenaires qui « ne pourraient pas non plus engager leur organisation sans retourner à leurs propres autorités » (EA10). En bout de ligne, la participation des partenaires est moins une question d'autorité et de pouvoir que de collaboration : « en termes hiérarchiques, c'est plus compliqué, mais en termes démocratique et participatif, on y gagne beaucoup, je pense. » (EA10).

Les tables de concertation intersectorielles qui fonctionnaient depuis cinq ou six ans, ont été mises à contribution, mais il a fallu rejoindre « d'autres qui n'étaient pas là avant comme les municipalités. Il a fallu, je dirais, apprivoiser. » (EA14) Il faut ajouter que la santé publique n'était pas la seule à favoriser une nouvelle convergence des actions. Elle a bénéficié de l'émergence de cette préoccupation dans l'ensemble des secteurs : « Il y a une espèce de mouvement où les gens ont l'air d'avoir compris qu'ils doivent se solidariser parce que, sinon, tout le monde va se cogner la tête sur le mur. » (EA10) En fait, de grands pas ont été réalisés pour que ces partenaires qui n'étaient pas autour de la table il y a dix ans y soient aujourd'hui, même si « c'est très jeune et on a encore plein de chemin à faire » (EA10).

Une responsable locale de santé publique estime que « la force du RLS, c'est d'être assez représentatif [...] dans le sens qu'il inclut des représentants d'organismes communautaires, des écoles [...] Tu as les partenaires qui peuvent avoir de l'impact en santé publique » (EG09). Reste maintenant à « susciter la mobilisation des acteurs intersectoriels dans leur ensemble » (EG09) dans un contexte où les moyens incitatifs sont moins importants, notamment en termes de financement. L'offre de services « au niveau du réseau local de santé publique [...] elle est portée beaucoup par le CSSS, mais elle est aussi portée par nos acteurs intersectoriels. Beaucoup par le milieu communautaire, parce qu'il y a une partie de cette offre-là que c'est eux qui la déploient. C'est eux qui ont l'expertise, c'est eux qui ont le lien avec la population, c'est eux qui connaissent les besoins aussi. » (EA14) Mais elle relève aussi des acteurs scolaires et municipaux qui ont, pour les premiers, « un intérêt pour faire grandir le jeune dans un milieu où sa santé et sa sécurité est garantie » et, pour les seconds, « des installations qu'ils peuvent mettre à profit » (EA14). Ce sont de nouveaux partenaires puisque « outre les organisateurs communautaires à travers du soutien communautaire [...] ça ne fait pas des années qu'on travaille avec les municipalités. » (EA14) Cette perception que les CLSC ne travaillaient pas avec les municipalités n'est donc pas le fait d'un seul agent de la DRSP et soulève la question de leur connaissance des pratiques réelles d'organisation communautaire en développement local, entreprises moins en soutien qu'en concertation avec les municipalités (Bourque, 2008b).

On gère des ententes de services dans le cadre des tables intersectorielles mises en place depuis plusieurs années, mais aussi en prêts de ressources. « Avec la commission scolaire, dans le cadre de la politique alimentaire de la commission scolaire, notre nutritionniste en saines habitudes de vie est prêtée à la commission scolaire deux jours par semaine et payée par la commission scolaire. » (EA10) « Avec la ville sur le processus de "Ville amie des aînés", on prête aussi une ressource professionnelle pour quelques années, une organisatrice communautaire qui va travailler sur la démarche et qui est aussi l'organisatrice communautaire qui a tous les dossiers personnes âgées ici dans l'établissement. » (EA10) Ce type de partenariat, « tout le monde va y gagner en termes de convergence, dans le bon sens du mot » (EA10).

Dans les rapports avec les partenaires municipaux, il y a une responsabilité partagée entre l'Agence et le CSSS à l'échelle de la conférence régionale des élus (CRÉ) : « Nous aussi on doit être en lien parce que les CRÉ ont des orientations, elles ont des sous. [...] Il faut faire tout en sorte pour contrecarrer l'idée des silos » (EA14) Les gestionnaires de CSSS constatent par ailleurs que « des passerelles ou des tribunes vraiment officielles, on n'en a pas » et qu'ils ont « une place à prendre au niveau stratégique, quand les décisions se discutent et se prennent » puisqu'actuellement ils sont plutôt interpellés au terme des processus (EA14). De plus « ce ne sont pas toujours les bons acteurs qui sont interpellés par ces instances-là. Nos organisateurs communautaires ont un rôle très grand là, mais je

pense que, des fois, c'est notre DG de CSSS qui doit être interpellé. » (EA14). Les enjeux « il faut que ce soit porté par la base, mais il faut que ce soit porté par plus haut au sein de notre CSSS. Et je vous dirais que, là-dessus, tout est à faire. » (EA14). Cette préoccupation est légitime dans le contexte où nombre de ressources de soutien aux actions transversales sur les déterminants sociaux de la santé transitent maintenant par la CRÉ. En même temps elle soulève la problématique de nouvelles instances de concertation qui s'ajoutent à celles dont la santé publique fait la promotion, de même qu'aux concertations issues des communautés.

Le rôle des OC est en transformation : « ça évolue tranquillement et la création des réseaux locaux certainement contribue à ça » (EA10) Alors que traditionnellement, « c'étaient plus des animateurs de tables » et qu'« il y avait moins de rôle au niveau des contenus », le rôle « de soutien à l'intersectorialité par les organisateurs communautaires a évolué parce que l'intersectorialité évolue » (EA10). Dans l'animation des tables intersectorielles, ils intervenaient « beaucoup autour du communautaire; là ce sont les municipalités, c'est toutes sortes de monde et même des fois des acteurs privés. » (EA10) La volonté d'établir des convergences a fait en sorte « que l'approche territoriale a pris de la place. Avant, moi en tout cas je me souviens, [...] ça n'existait pas cette vision territoriale du rôle des organisateurs communautaires. Alors que de plus en plus maintenant [...] les RLS c'est une notion de territoire parce que la responsabilité populationnelle des CSSS c'est territorial. » (EA10) Ces remarques manifestent à la fois une perception un peu réductrice du rôle des OC à des fonctions d'animation et le constat d'attentes émergentes quant à un leadership de processus et une expertise du milieu (Lachapelle, Bourque et Foisy, 2009).

Cette transformation en santé publique quant à leur intérêt pour les déterminants sociaux de la santé fait en sorte, estime-t-on, que « c'est peut-être grâce à eux que l'organisation communautaire va survivre au Québec. » (EG09) Les orientations de la santé publique deviennent un appui donnant la « possibilité de continuer des actions en développement des communautés » (EG09).

### **2.3. Les convergences**

#### ***Assurer la place de la santé publique dans les CSSS***

Une première convergence entre les gestionnaires de CSSS des deux régions c'est la place de la santé publique dans un établissement où il y a un hôpital. La promotion de la santé et la prise en compte de la dimension communautaire et territoriale des enjeux dans la détermination des services ne vont pas de soi. L'obligation de réaliser un PAL et l'établissement d'une direction locale de santé publique constituent un ancrage qu'il faut par la suite concrétiser par des mécanismes d'intégration de la prévention dans l'ensemble des activités cliniques. L'expérience des PAL et des projets cliniques a mis en évidence l'importance de se donner des moyens pour y arriver, des « mécanismes de

coordination à l'interne » comme le regroupement des OC dans une même équipe. La perspective c'est que la santé publique ne soit pas assimilée à des programmes, mais devienne une approche intégratrice qui donne un sens aux interventions particulières et qui rejoint les divers acteurs dans leurs responsabilités propres en permettant la convergence des diverses contributions. Le PAL est un outil de communication pour que tout le monde se perçoive comme partie prenante d'une démarche englobante.

### ***Établir des partenariats avec les acteurs locaux***

L'intégration touche aussi le regroupement de plusieurs territoires de CLSC dans un même CSSS. Sur ce plan, c'est davantage le travail avec les partenaires des communautés d'appartenance qui est en cause, et c'est essentiel pour être en mesure d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Sur ce terrain, les autres acteurs institutionnels que sont les commissions scolaires et les municipalités disposent d'outils que n'a pas le CSSS, que ce soit le contact avec des populations comme les élèves des écoles du territoire ou des équipements collectifs comme les plateaux d'activité physique des écoles et des installations municipales. Dans les démarches de PAL et la mise en place de RLS en santé publique, le CSSS est maître d'œuvre : il consulte, mais il lui revient de décider tout en assurant que se développent des rapports de partenariat dans une démarche qui prend en compte à la fois les lignes directrices du PNSP et les enjeux identifiés localement.

Sur ce plan, les établissements de la région A gèrent les choix de la DRSP de leur territoire et sont associés à l'allocation de financement de programmes de santé publique. L'un des CSSS s'est même engagé dans la rémunération partagée d'intervenants professionnels avec des partenaires. Dans la région B, la préoccupation d'éviter tout rapport impliquant du contrôle amène à refuser la responsabilité d'allouer des fonds pour les initiatives de santé publique.

### ***Établir la jonction entre l'expertise santé et l'expertise terrain***

L'existence d'un plan national de santé publique dont les directions régionales doivent assurer la mise en œuvre impose un cadre qui marque forcément les PAL. Les gestionnaires de CSSS ne sont pas opposés à cette expertise qui, comme le dit l'un d'entre eux, est en fait la formalisation d'expériences terrain. Mais ils sont aussi conscients d'être proches des populations et les intervenants détiennent en quelque sorte une expertise locale déterminante pour les services de santé et pour l'action sur les déterminants de la santé. Ils revendiquent donc pour certains une marge de manœuvre permettant cette articulation d'expertises (région B), pour d'autres les moyens d'habiliter les acteurs de leur milieu aux meilleures pratiques repérées par les experts de la santé publique (région A). Dans cette perspective, sur les deux territoires, la DRSP a mis en œuvre une stratégie qui associe les gestionnaires de CSSS aux démarches d'élaboration des plans d'action régionaux.

### ***Repenser l'organisation communautaire***

Dans les deux régions, les gestionnaires estiment que les OC n'ont pas été suffisamment contributifs aux démarches d'élaboration des PAL. Dans la région B, le correctif retenu a été de regrouper les OC dans une même équipe relevant de la direction locale de santé publique de façon à assurer une liaison organique entre les interventions d'organisation communautaire et les actions du CSSS avec ses partenaires sur le terrain du développement des communautés et des déterminants sociaux de la santé. Au moment de la recherche, cette réorganisation était trop récente pour que l'on puisse en déterminer les résultats, mais l'intention est nette. Dans la région A, les gestionnaires perçoivent autrement les OC. D'une part ils estiment qu'ils disposent d'une connaissance des enjeux locaux qui est importante pour la santé publique, mais en même temps ils estiment que leurs interventions manquent d'envergure. En introduisant le développement des communautés, la santé publique estime apporter une vision du territoire que les OC n'avaient pas toujours et permet la survie d'une pratique autrement menacée de recul. Dans les deux régions, les gestionnaires sont conscients que sur le terrain du développement social des communautés, la responsabilité populationnelle du CSSS impose que la direction générale ait la maîtrise des engagements. On comprend que des OC aient le sentiment d'y perdre du pouvoir, mais on estime qu'ils auraient à mettre leur expertise à la disposition de la planification de la santé publique, laquelle devrait englober leurs pratiques.

## **3. LES PARTENAIRES**

La moitié des dix (10) partenaires que nous avons rencontrés, provient des organismes communautaires et l'autre moitié d'organismes partenaires d'autres secteurs que la santé et les services sociaux. Les différences de points de vue semblent cependant refléter davantage le milieu régional que l'appartenance sectorielle : dans la région A l'impact du regroupement des établissements dans un CSSS est associé à un recul de la concertation et des partenariats, ce qui n'est pas le cas dans la région B. De la même façon, la directivité de la santé publique est nettement plus soulignée dans la région A que dans la région B.

### **3.1. Dans la région B**

Les partenaires du CSSS de la région B ont valorisé l'expérience du comité de suivi du PAL sur le terrain du développement social : « Alors nous on était la table de développement social où se sont retrouvés ceux qu'on appelle des têtes de réseaux communautaires, institutionnels [...] Tu avais regroupés là vraiment les acteurs locaux qui, chacun selon son champ, ont des responsabilités d'action pour le développement social » (EP04) L'importance de ce regroupement ce fut de fournir une réponse au problème de la multiplication des concertations : « La réalité, c'est que, malgré la meilleure volonté du monde, chacun a un plan d'action et souvent, ces plans d'action là

ne sont pas partagés ou se chevauchent ou sont redondants ou peuvent être complémentaires. Mais ça fait beaucoup de plans d'action pour un territoire. » (EP04)

Le partage que permet le comité de suivi change les choses : « Quand on partage le portrait, on partage les enjeux et, après ça, on regardait nos plans d'action, voir s'il y avait convergence, dédoublement et, ne serait-ce que mieux connaître de façon directe, l'état de situation et comment chacun intervient. » (EP04) L'avantage c'est « qu'on a accès à une information qui est intéressante, globale et bien positionnée. » (EP08). La conséquence directe c'est « peut-être un peu plus de cohésion dans ce qu'on fait et aussi, je pense, que les gens se sentent moins seuls à le faire. » (EP04). Comme le précise une autre partenaire : « Ce que je sais c'est qu'on a tous fait un bon bout de chemin ensemble. On comprend mieux quel est l'apport de tel organisme par exemple [...] Au niveau de la concertation avec ce comité, je ne ressens pas ce qu'on peut ressentir à d'autres niveaux, dans le sens que je ne sens pas les gens en compétition. » (EP08).

Une répondante du milieu communautaire estime que cette démarche les a « beaucoup renforcés » dans la mesure où « il y a beaucoup d'écoute » pour le discours de défense des « populations à faible revenu » pour lesquelles les organismes communautaires veulent un développement inclusif : « Il y a eu vraiment une écoute de tous les partenaires autour de la table par rapport à ça. [...] C'était très important ce qui s'est développé là en santé publique parce que ce sont quand même des champs que le communautaire partage beaucoup. » (EP05) Cette écoute elle vient non seulement des autres partenaires, mais aussi des cadres du CSSS « qui ont porté ça par la suite » (EP05).

En effet « le maître du jeu au départ, c'est le CSSS. Dans le sens que le comité de suivi est un outil du CSSS. Donc ils vont inscrire les éléments qu'ils considèrent comme prioritaires, sur lesquels ils trouvent important d'avoir un *feedback* des gens » (EP08). « Les cadres du CSSS, c'est eux qui sont responsables [...] qui animent, qui alimentent les rencontres » (EP08).

Dans ces processus, ils sont en quelque sorte les relais de la santé publique :

Les positions de la santé publique, soit à l'époque des régies régionales de santé ou maintenant qu'elles sont sur une base autonome, ça a toujours été du haut vers le bas. [...] Même s'il ya eu des ressources retournées vers les CSSS, qu'il y a des responsables de santé publique dans les CSSS [...] c'est comme si ces gens-là se retrouvaient à travailler un peu pour la DSP. (EP04).

Du point de vue des partenaires, ce rôle de relais des CSSS les met en position désavantageuse dans la concertation :

Il y a beaucoup de demandes, beaucoup d'attentes signifiées de la part de la DSP, peu de moyens sont donnés aux CSSS, puis finalement peu de complicité entre la DSP et les CSSS au plan de la santé publique, et encore moins avec le milieu. On ne peut pas dire que ce sont des organisations dont on est très

proches, malheureusement, parce que ça devrait être, dans le réseau de la santé, très certainement ce dont on devrait être le plus proche. Mais pas d'expert à opérateur. (EP04).

Les partenaires ont le sentiment que leurs propres enjeux ne sont pas réellement pris en considération : « On positionne des choses localement parce qu'on est profondément convaincus, parce qu'on le constate quotidiennement que ce sont nos enjeux et on se retrouve avec des enjeux imposés. » (EP04) Cela donne à l'exercice un caractère factice : « On nous dit travaillez un petit peu, essayez de bâtir quelque chose qui va répondre mieux aux besoins de la population, qui va être cohérent dans nos actions et tout ça. Et parallèlement à ça, à un moment donné, ils nous débarquent quelque chose avec un cadre plus serré. » (EP06) Ces façons de faire génèrent un fonctionnement en réaction : « Ils réfléchissent leurs affaires, ils passent leurs commandes et là, nous autres, on est en réaction. On contourne ou on essaie de tirer notre épingle du jeu le mieux possible, mais c'est fatigant. Je trouve qu'on perd de l'énergie inutilement. » (EP04).

Ces rapports difficiles n'enlèvent rien à la pertinence des contributions de la santé publique au niveau « des indicateurs et des données statistiques » (EP07) et de « l'information sur les dossiers plus pointus qui les concernent » (EP08). On apprécie aussi la santé publique parce que « c'est un partenaire précieux » même s'il « prend beaucoup de place », et cette estime tient non seulement à la qualité de l'information fournie, mais aussi à « la complicité » de l'agente qui participe aux travaux et contribue aux stratégies locales (EP04). On estime que cette présence « permet, au niveau de l'écoute, d'avoir conscience de ce qui se passe sur le territoire. » (EP08).

Le regroupement de plusieurs CLSC dans le CSSS complexifie les choses : « C'étaient quand même trois CLSC avec des territoires de dimensions très différentes. [...] Alors ce n'est pas simple d'harmoniser les approches. » (EP04) Les grandes disparités entre ces territoires d'origine, par exemple les formes que prend la pauvreté et notamment la dispersion d'une population dans un territoire plus favorisé à côté d'une pauvreté concentrée dans une portion de territoire, font en sorte que « c'est difficile d'harmoniser, qu'on soit dans le domaine de la santé ou en développement économique ou ailleurs. C'est difficile d'harmoniser parce qu'il y a de grands écarts sur ce territoire-là et qu'on est confronté à des indicateurs qui ne sont pas adéquats » (EP04). Le comité de suivi en développement social a permis aux partenaires de prendre action collectivement sur cet enjeu : « Collectivement on est conscients qu'on a tous ce problème-là et on est capable de le revendiquer ensemble, sur les mêmes bases aussi, autant les élus municipaux que les gestionnaires d'institutions du territoire. C'est quand même une grande force. » (EP04).

Deux facteurs ont donné cet élan au travail de concertation efficace du comité de suivi du PAL sur le volet développement social : l'établissement de relations directes entre les représentants des divers acteurs collectifs et le leadership du CSSS. Les rencontres du comité ont en effet permis une complicité entre les personnes qui y siègent : « Ça permet



aux gens de se connaître comme partenaires, de se reconnaître aussi, de créer des liens parce que, dans le fond, on sait bien qu'en concertation ou en développement local, les liens entre les individus eux-mêmes sont très probablement le facteur dominant de réussite. » (EP04). Les rencontres permettent en effet « beaucoup plus d'échanges » et favorisent « un peu plus de cohésion » (EP04) en particulier parce qu'« il y a de très bons leaders sur ce comité » et, de façon particulière, « une direction du CSSS qui est très proche du milieu, qui n'a pas peur. C'est un peu particulier. [...] Ça veut dire qu'il y a une bonne chimie. Ça veut dire qu'il y a une confiance et ça veut dire aussi que les choses qu'on met sur la table, bien elles font du sens spontanément. » (EP04).

Si la direction du CSSS joue un rôle catalyseur au niveau du leadership, elle participe aussi à un processus collectif dans lequel chaque acteur fait son propre bout de chemin et passe le relais à celui qui peut ajouter une contribution, de sorte que chacun n'a pas à « pousser les choses plus loin que les limites de son mandat. » (EP04). Un facteur identifié de ce fonctionnement c'est le fait que ces leaders,

...d'abord ce sont des femmes [...] proches de la cinquantaine, mi-quarantaine ou cinquantaine, donc des femmes qui en ont vu d'autres, qui ne sont pas dans "il faut que je me prouve que je suis bonne, il faut que je prouve aux autres que je suis bonne". Il y a beaucoup de maturité, il y a beaucoup de complicité et il y a beaucoup, je pense, d'affection les unes envers les autres. Et je pense que ça fait une différence. [...] Il y a une dimension humaine qu'on n'est pas capables d'identifier dans un plan d'action nécessairement, mais qui joue énormément. (EP04).

Cette affirmation s'appuie sur le prolongement informel du « comité de suivi, parce qu'il y a eu des discussions autour d'une bière. On fait toujours des blagues avec ça, mais dans le fond, il y a beaucoup de projets qui sont nés de la bière qu'on va prendre les filles ensemble. » (EP04)

Finalement tout le comité bénéficie d'une « plus grande cohésion » (EP07), « une synergie » (EP05) du fait que les gens apprennent à se connaître mutuellement : « Le temps qu'on passe à connaître les uns, les autres, à connaître leur mandat spécifique et à trouver les intersections avec les nôtres pour agir [...] quand on se retrouve ensemble c'est pour voir nos intersections et c'est autour justement de cet enjeu-là principal. » (EP07) « On est capable d'appuyer, de s'appuyer et d'appuyer des projets, des initiatives du milieu [...] et [de] faire en sorte que ça puisse aller de l'avant. » (EP05).

Enfin il faut bien voir que « ceux qui siègent là, ça a été pensé : coordination et président, des gens qui ont vraiment un certain pouvoir décisionnel. » (EP05) Le comité est capable de gestes efficaces : « Donc nous influençons. Nous sommes finalement des acteurs d'influence, je dirais, pour faire en sorte que les décisions politiques qui sont prises à divers paliers contribuent à rendre justice à la population qui habite le territoire. » (EP07) Tous « tirent dans le même sens » et se donnent une démarche « pour s'approprier une

définition locale du développement durable » (EP04). « Et chacun des membres du comité a la possibilité d'influencer ça et de voir un peu dans le cheminement des rencontres et comment on s'enlignait et sur quoi on met les priorités. [...] La représentativité est intéressante et le niveau par qui c'est piloté au CSSS, c'est intéressant aussi. » (EP08).

Ce « niveau », soit la direction générale, a aussi comme conséquence de laisser les OC en marge du processus : « Les OC viennent parce qu'ils sont invités sur des dossiers spécifiques, mais au comité l'intention c'était vraiment de mettre les têtes de réseau. » (EP05) C'est davantage par le biais de leur soutien à l'action communautaire autonome que les OC contribuent au comité de développement social :

Quant à l'apport des organismes communautaires en tant que tel [...] l'analyse s'est faite avec et en collaboration avec les OC. [...] Nous on a fait un portrait et on rassemble toutes les forces du milieu qui ont une capacité de dire ce qui se passe sur le terrain et les organisateurs communautaires sont du monde qui ont beaucoup de choses à dire au niveau du terrain. [...] Si tu me demandes le rôle des OC, je vais te dire, c'est là que ça s'est passé. (EP05).

Cette position marginale pourrait tenir à la situation créée par le regroupement des CLSC dans le CSSS : « Ce que j'ai vu de l'extérieur, c'est un problème d'harmonisation au niveau des territoires par rapport aux gens avec qui je travaillais, principalement les organisateurs communautaires qui ont vu beaucoup de changements dans leurs fonctions, dans leur territoire aussi. » (EP06) La nouvelle organisation du territoire « a pris un certain temps à se mettre en place. Il y a eu désorganisation pendant un certain temps, mais maintenant que la poussière est retombée, je trouve que pour travailler c'est plus facile de se référer à la bonne personne ou d'avoir une intervention [...] qui va passer plus globalement à une approche intégrée. » (EP06).

En dépit de cette position en marge du comité de développement social, les attentes par rapport à la contribution des OC sont élevées, d'abord parce qu'ils ont « une expertise dans un certain secteur, qu'ils travaillent en lien avec plusieurs organismes, donc ils ont une bonne vue d'ensemble. » (EP08). Mais aussi parce qu'ils rendent possible l'action concertée :

Je vous dirais que la compréhension que j'en ai, et ce que je vois c'est que ce sont justement les tisseurs de liens entre les orientations et les actions terrain. Ce sont des facilitateurs donc, qui permettent de rendre possible la réalisation des projets et la concertation entre les acteurs. Alors, ce sont je dirais des catalyseurs, des facilitateurs et des intégrateurs. Parce que, pour moi, c'est important de dire catalyseurs dans le sens où ils mobilisent, ils insufflent une motivation à participer ensemble à un projet commun. Ils facilitent la réalisation de tout ça parce que nécessairement ils sont capables de, bon, faire des liens et donner l'information et faire le relais parfois et tout. Et intégrateurs dans la mesure où justement on est capable de ramasser grâce aux

organismes communautaires je dirais, faire la synthèse de ce qui a été accompli, de ce qui a été réalisé. Pour moi ce sont des agents indispensables dans l'actualisation de la concrétisation des projets, des actions terrain. (EP07)

### **3.2. Dans la région A**

Les démarches du premier PAL, en 2003, se sont déroulées par territoire CLSC et ont donc été fort différentes l'une de l'autre. Cependant toutes les remarques relatives à ce premier PAL viennent des partenaires d'un seul CLSC où « il y a eu une invitation qui a été faite à tous les partenaires [...] dans la communauté, au niveau des tables de concertation, à déléguer quelqu'un pour la participation à l'écriture du plan local pour notre région. » (EP17). Ces représentants des concertations locales faisaient circuler les documents de travail « pour servir d'agents de liaison entre le comité et les concertations » (EP17). Le CLSC a fourni le plan national et le plan d'action régional en santé publique de sorte que « les gens étaient quand même, je dirais, assez informés » (EP17). Les premiers partenaires invités ont estimé qu'il manquait des gens autour de la table et des invitations ont été faites plus largement : « Ça a fait une belle dynamique parce que tous les lieux de concertation du territoire y étaient. » (EP17) Ce comité d'écriture a établi un portrait et une analyse, puis « décidé de faire une journée de santé publique sur notre territoire pour présenter aux partenaires qui n'étaient pas présents au comité [...] Ça a été un bel événement. On a ensemble, dans le fond, validé certaines priorités, ajouté des choses aussi que les gens nous disaient lors de cet événement. [...] Les évaluations étaient très positives, les gens ont beaucoup aimé cette journée-là. » (EP17) La démarche a eu des retombées puisque le CLSC a décidé d'octroyer du financement à un projet retenu en priorité par table de concertation : « Le projet devait faire l'unanimité à l'intérieur de la table [...] et après il y avait un fiduciaire qui était nommé. » (EP17)

En fait, « les tables de concertation fonctionnaient très bien ici. On avait de bons échanges avec les organismes communautaires et tout le monde le disait. » (EP18) Après la création des CSSS, le suivi du PAL s'est fait selon « la nouvelle approche qui était régionale, qui était de faire des tables de concertation de santé publique », ce qui a marginalisé les tables de concertation du territoire de CLSC (EP18) et « les activités du comité ont cessé et on n'a pas eu de nouvelle aucune » (EP16).

La création du CSSS a entraîné un changement important notamment dans la contribution des OC au fonctionnement des concertations locales :

Il y avait des organisateurs communautaires présents dans toutes les tables de concertation. S'il y avait un dossier particulier, une problématique, quoi que ce soit, l'organisateur communautaire qui était à la table de concertation, pouvait amener cette problématique-là ou ce besoin-là au niveau du CLSC. [...] On a reçu la plupart des concertations, des lettres des directions disant que les

organismes communautaires avaient un changement de leur rôle et qu'ils devaient délaissier les tables de concertation. (EP17).

Les organismes ont rapidement réagi, mais il aura fallu deux années de représentations, voire la menace d'« aller dans les journaux » pour que la situation soit corrigée (EP17). Et il reste encore qu'ils ne sont pas systématiquement mis à contribution par le CSSS. Lors d'une consultation convoquée par une direction, « dans la liste il manquait la moitié des organismes communautaires » (EP17). Un OC a même demandé pourquoi la direction ne les avait pas consultés : « On venait de perdre une réunion [...] et les organisateurs communautaires ont toute la liste à jour des organismes. » (EP17).

Au moment de la mise à jour du PAL par le CSSS, on souligne le faible niveau de participation : « Pour se sentir partie prenante, il faudrait y avoir participé totalement, hein? À la mise à jour, par exemple, on va se la faire présenter et je ne sais pas si les gens vont se sentir partie prenante parce qu'on y a participé peut-être un peu, au quart peut-être. Je ne sais pas. [...] On a l'impression que le CSSS se donne bonne conscience. » (EP16).

Cette approche entraîne une réaction. Ainsi, face aux enjeux populationnels :

Bien on est mobilisés autour des questions qui ciblent notre créneau populationnel. En même temps, on est très sensibles à ce que ça ne soient pas des commandes qui viennent du CSSS. Donc quand on travaille en concertation dans notre table, bien on identifie nous-mêmes les difficultés qui peuvent être vécues dans notre territoire et ensemble on trouve des moyens, des pistes de solution. Mais je vous dirais qu'avec le style de cette relation-là, bien on est un petit peu critique par rapport aux commandes qui pourraient arriver là. (EP16).

Le processus de création du CSSS qui a entraîné le regroupement de deux CLSC, a été un facteur déterminant dans le changement de dynamique pour ce territoire de CLSC :

Avant la fusion, c'était un milieu où les liens avec le CLSC étaient très vivants, très actifs. Il y avait une collaboration assez forte et une reconnaissance de ce qui était fait dans le milieu et vice-versa. Donc c'était facile la collaboration, en tous les cas à ma connaissance. Ce que j'entendais des acteurs du milieu, c'était beaucoup ça. Actuellement c'est très difficile. (EP16).

Il y a eu en quelque sorte rupture et la restauration de liens de collaboration exigerait une ouverture dont on doute : « Je pense qu'il y aurait à refaire des liens qui se sont effrités beaucoup, avant d'arriver dans l'action concrète. Je pense que le CSSS devrait faire preuve de beaucoup d'ouverture, alors que dans les dernières années, ça a été plus de la fermeture. » (EP16) On peut comprendre : « Ils étaient probablement en état de survie, mais n'empêche que ce ne serait pas nécessairement simple de relancer la concertation avec notre CSSS. » (EP16) On reproche aux intervenants du CSSS, OC ou autres, d'être « beaucoup dans leurs bureaux à réviser des plans d'action, à faire des beaux programmes

et quand on a besoin d'eux, c'est toujours très compliqué. » (EP17) Alors qu'auparavant les liens personnalisés permettaient d'accéder rapidement aux ressources, maintenant « il faut une autorisation du cadre [...] n'importe quoi a besoin d'un papier et d'une signature d'un cadre supérieur. » (EP17).

On appréhende aussi les effets du regroupement sur le personnel du CSSS : « Actuellement ce qui arrive aussi, c'est qu'il y a une démotivation à l'interne. Il y a énormément de roulement de cadres au CSSS. [...] Je ne sais pas comment ils vont faire pour que ça revienne, parce qu'ils sont vraiment en train de démotiver leurs troupes gravement. » (EP17) Les transformations en cours ont aussi des effets sur le travail concerté :

Ils ont mis en place le comité PALV [perte d'autonomie liée au vieillissement] pour faire ensemble le plan d'action. [...] Eux autres, ils ont des directives qui arrivent du ministère avec des politiques, avec des cadres [...] Il n'y a pas de place pour ce que nous comme organisme communautaire on aimerait instaurer la dedans. Ils ont déjà un canevas, il faut juste remplir les cases blanches. [...] C'est un peu poche comme évènement. (EP17).

Et pour ajouter : « On devrait donner des priorités, mais il n'y a pas d'argent. Là je leur disais, écoutez qu'est-ce que ça va donner de prioriser quand on n'a pas d'argent qui est associé? [...] Le processus est un peu bidon. » (EP17).

S'ajoutent les tensions entre les deux territoires regroupés lors de la création du CSSS : « Il y a encore des frictions entre les deux CLSC » (EP18). Ainsi la fondation de l'un subventionne tous les projets quel que soit le territoire d'origine à l'intérieur du CSSS, tandis qu'une fondation locale de l'autre territoire refuse de soutenir des projets qui ne sont pas directement et exclusivement sur son territoire (EP18).

En santé publique, ce sont les rapports avec le CSSS qui sont déterminants puisque les rapports des partenaires locaux avec la DRSP se limitent le plus souvent à la reddition de comptes administrative dans le cadre des ententes intersectorielles (EP17). En fait quand la DRSP joue aux tables des RLS le rôle de « clarifier », d'« aller chercher l'information » (EP16), de fournir « toutes les données sociodémographiques (...) notre profil de population », « ça c'est bien » (EP17) Mais quand l'influence se fait directive, elle suscite de la méfiance (EP18), d'autant plus que les nouveaux gestionnaires du CSSS ne manifestent pas une capacité de défendre les concertations devant la DRSP. Quand ils ont été questionnés, ils « ont eu plus un réflexe de dire "on n'est pas aussi bien cotés que les autres" au lieu de défendre ces choix-là. » (EP17).

Dans un autre CSSS, même déconvenue d'une représentante de table de concertation à la démarche de projet clinique en santé publique : « Je dois donner un compte-rendu moi quand je reviens le mois suivant et je n'ai pratiquement rien à dire parce qu'effectivement il n'y a aucune consultation qui est demandée au niveau de nos groupes. » (EP12) Il

s'ensuit une démobilisation : « À la dernière rencontre, c'est là qu'ils ont eu la présentation du plan d'action. [...] Il y avait très peu de personnes qui ont assisté à la rencontre. [...] Je pense qu'ils étaient cinq ou six autour de la table dont peut-être une du communautaire. » (EP12).

En fait la mise à jour du PAL semble s'être faite sans que les partenaires aient voix au chapitre :

On n'est pas impliqués là non plus. C'est eux qui l'ont travaillée à l'interne. Ils nous ont présenté les mises à jour qu'ils souhaitaient faire, mais encore là très sommairement parce qu'à un moment donné, c'est très facile de se perdre dans le lexique du CSSS quand tu n'es pas habitué. [...] Donc je te dirais qu'ils l'ont fait parce qu'ils devaient le faire, donc aller chercher l'approbation encore et tout simplement comme ça. Mais on n'avait pas à dire ce qu'on veut ou ce qu'on ne veut pas, qu'on aimerait parler de ceci ou de cela. Non pas du tout. Ce n'était pas ça. C'était vraiment une présentation. [...] C'est sûr qu'on n'a pas grand chose à dire parce qu'on n'est pas là-dedans au quotidien. C'est comme, "bien, si vous jugez que c'est bon, go!" Mais on ne se l'est pas approprié. On a eu le document la journée de la réunion. (EP12).

Cette analyse est confirmée par un autre partenaire communautaire : « Oui on a un peu travaillé là-dessus les organismes, mais je dirais que c'est vraiment le CSSS qui a vraiment plus travaillé, par ses RLS là, mais c'est ça. [...] On a l'impression que le CSSS se donne bonne conscience. » (EP13) Le projet de tenir une journée de santé publique avec les partenaires a été abandonné : « Les délais faisaient en sorte que eux avaient à fournir ça à l'Agence. Il fallait que ça roule. » (EP13).

Les rapports du CSSS à la santé publique régionale que le partenaire désigne comme « l'agence », sont considérés par ce dernier comme « pas faciles » : « Parce qu'ici le CSSS sentait beaucoup une pression de l'agence de dire "ça descend comme ça, il faut que ça soit ça, faites-le comme ça". Tandis qu'au niveau de la Loi, ça dit responsabilité populationnelle. C'est chaque CSSS qui va faire avec la population ce qu'on est supposé de faire, et on va le faire à notre façon, notre couleur locale. » (EP13) Le CSSS a donc la responsabilité des opérations dans les RLS : « Moi je pense que c'est le CSSS qui a cette responsabilité-là populationnelle de mettre en place les réseaux locaux, de "leader" ça et de "leader" ça de façon positive justement. Que chacun se sente partie prenante, comme je disais tantôt, à l'intérieur de ce processus-là et sente qu'il n'est pas là juste pour avoir son nom sur le PV. » (EP13) Cet espoir se vérifie cependant peu en pratique : « On a embarqué dans le processus des RLS en pensant qu'on serait consultés et interpellés. [...] Encore là, la "baloune", je m'excuse, a pété ça n'a pas été long. » (EP12). En fait, c'est en marge que se trouve l'intérêt de participer : « La seule chose qui peut être [...] intéressante, c'est quand on va à ces rencontres-là, des fois ça nous donne l'opportunité de parler à quelqu'un du CSSS qu'on n'aurait peut-être pas vu autrement [...] et de discuter dans les corridors de préoccupations plus liées à notre organisme. » (EP12).

La Corporation de développement communautaire (CDC) qui considère assumer une position d'« interlocuteur au niveau des groupes communautaires » et agir comme « une courroie de transmission », a vérifié auprès de ses membres leur évaluation d'une rencontre avec le CSSS. Voici en quels termes il nous rapporte ces propos :

Nous ne sommes pratiquement jamais consultés. Nous recevons les documents à la dernière minute et tout est déjà décidé. Nous recevons de l'info. Nous avons l'impression lors des réunions que certaines personnes étirent le temps pour ne pas nous avoir fait déplacer pour rien. Comment bien représenter notre table si nous ne pouvons faire descendre l'info et nous positionner? (EP13).

Au niveau du RLS, « il y a une volonté d'avoir tous les acteurs du milieu, tous les secteurs, mais on sent beaucoup que c'est "leadé" par le CSSS » tandis que pour les groupes, « le réseau local ça veut dire les partenaires ensemble qui décident ensemble. Ce n'est pas ça. On arrive et c'est déjà mâché et on le prend ou on reçoit l'info... » (EP13) Le processus est sous le contrôle du CSSS : « Dans le cas du RLS santé publique, c'est la responsable qui anime la rencontre. [...] C'est très rare qu'on va parler parce c'est eux qui font tous les points à l'ordre du jour. C'est eux qui animent, c'est eux qui parlent. Et je te dirais, sur toute la réunion, la responsable doit en parler quatre-vingts à quatre-vingt-cinq pour cent. » (EP12) Les attentes seraient plutôt que la démarche soit plus démocratique. Il faudrait que l'on envoie des ordres du jour plus à l'avance : « quand on anime une réunion, qu'on a pensé au contenu de l'ordre du jour, bien ce n'est pas à la dernière minute qu'on y a pensé » (EP13). Il faudrait donner aux partenaires le temps de se consulter et leur dire : « venez avec le rapport de vos instances et on va prendre une décision ». (EP13) Dans les faits cependant, « l'ordre du jour on le reçoit deux jours avant et quand on arrive là, il faut décider ou c'est déjà décidé, gobez-le » (EP13). L'insatisfaction concerne aussi la composition du RLS : « On est à peu près 20 ou 25 autour de la table. Ça fait qu'au niveau de la représentativité, le poids du communautaire face au CSSS, le CSSS a peut-être une dizaine de personnes sur ce comité-là. » (EP12).

Tout n'est cependant pas négatif puisque « ça permet de réseauter avec des organisations avec lesquelles on travaillait plus ou moins » : « au niveau des municipalités, travailler en concertation justement avec le CSSS et les organismes, il y a eu des avancées », de telle sorte que « la santé globale des gens ça n'appartient pas juste à la santé publique, au CSSS, ça appartient à l'ensemble des acteurs. » (EP13).

Au moment des entrevues, la CDC était aussi en négociation avec le CSSS pour que les deux organismes se donnent « un cadre de collaboration sur les ententes de service entre le CSSS et les groupes communautaires », une démarche partenariale, « le CSSS a deux représentants et la CDC deux représentants », qui a exigé « quasiment deux ans » de travail, mais qui manifeste « la bonne volonté du CSSS de travailler avec nous autres [...] on a réussi à travailler ensemble sur ce cadre-là. » (EP13).

Les OC ont une fonction de liaison : « Ce sont les OC qui nous invitent à participer, à s'impliquer. [...] Vraiment la communication se fait bien avec les organisateurs communautaires. [...] C'est très rare qu'on va avoir la commande directement de la direction. [...] Je te dirais qu'ils sont des partenaires importants. C'est notre contact, notre porte d'entrée. » (EP12) Avec la nuance que

...il ne faut pas perdre de vue que l'employeur de l'OC c'est le CSSS. Donc, des fois, il est assis entre deux chaises et il le sait. J'ai l'impression que certains vivent beaucoup de frustration, parce qu'ils ne peuvent pas nécessairement dire ce qu'ils voudraient dire, parce que c'est leur patron. Et en même temps, ils travaillent fort avec nous. [...] Ils travaillent terrain avec les organismes communautaires. Ils siègent sur énormément de tables, ils animent beaucoup de tables, ils ont des mandats qui viennent des tables. Mais en même temps, ils ont les limites et les contraintes que leur impose leur employeur qui est le CSSS. Donc ce n'est pas facile. Et eux, ils descendent les commandes d'en-haut. (EP12).

Cette position de double imputabilité est particulièrement critique dans les situations d'allocation de fonds :

Moi, je regarde l'organisatrice communautaire qui a été impliquée dans le dossier personnes âgées quand l'entente de services est descendue<sup>3</sup>. Moi, ça a été mal avec mon OC parce que justement elle a été mêlée à toute cette histoire là bien malgré elle. [...] Tellement qu'à un moment donné, elle a dit je me retire et ça va être la directrice du département personnes âgées de s'en occuper, parce que ça descendait tout croche. Et là elle, elle était terrain, elle entendait nos mécontentements. Elle de l'autre côté, elle avait la version de ses patrons. Donc ça a créé un froid à cette époque là, c'est sûr! (EP12).

### **3.3. Les convergences**

La création des CSSS immédiatement après la première démarche d'élaboration des PAL par les CLSC a fait en sorte que les partenaires ont décrit leurs expériences généralement sans faire référence à la première démarche, sauf sur le territoire de l'un des CLSC. Impossible donc d'établir des convergences en distinguant les premiers et seconds PAL. Il n'en reste pas moins des convergences significatives quant aux formules gagnantes pour les partenaires, au rôle déterminant des CSSS dans les démarches partenariales et à une certaine marginalisation de l'organisation communautaire dans les processus partenariaux.

#### ***Participation et gains pour tous les partenaires***

Le premier constat qui se dégage de la comparaison entre les divers CSSS, c'est que deux démarches ont été ou sont perçues positivement par les partenaires : celle du comité de suivi en développement social du CSSS de la région B et celle du premier PAL de l'un

---

<sup>3</sup> Le dossier en question qui comportait des allocations financières destinées à des organismes communautaires n'a pas transité par les DRSP mais par une autre direction de l'Agence régionale de la santé et des services sociaux.



des CLSC de la région A. Ce sont deux démarches dans lesquelles l'établissement public a suscité, soutenu et valorisé la contribution des partenaires. L'expérience du comité de développement social a permis l'établissement de relations directes entre des organismes qui ont chacun un mandat distinct, et qui se trouvent confrontés à des enjeux communs tout en étant porteurs de plans d'actions spécifiques. La démarche de concertation leur a permis un fonctionnement qui respecte ces contraintes tout en permettant la complémentarité. Cette complémentarité est même soutenue non seulement par la présence autour de la table des élus et des cadres des divers partenaires, mais aussi par une complicité dans les rapports entre leaders, que la direction du CSSS a favorisée y compris par des activités informelles. À terme, cohésion et synergie représentent des gains pour chacun des partenaires. Une situation de profit mutuel qui a été vécue aussi au moment du premier PAL dans un des CLSC de la région A.

### ***Le rôle déterminant des CSSS***

Les rapports des partenaires à la santé publique se concrétisent d'abord par leurs rapports avec le CSSS. D'entrée de jeu, on reconnaît au CSSS un leadership qui semble aller de soi avec leur mandat et qui s'impose dans la mise en œuvre du processus et dans les procédures retenues. Certains cependant font une évaluation critique des rapports entre certains CSSS et la DRSP : certaines façons de faire comme la précipitation qui ne permet pas d'installer une démarche consultative, et le poids considérable des impératifs qui ne sont pas accompagnés des ressources requises, donnent l'impression que les CSSS travaillent pour la DRSP plutôt que pour leur milieu. Tout en appréciant l'information qui vient de la DRSP, on déplore le peu de considération pour les enjeux locaux.

La création des CSSS ressort aussi comme facteur déterminant de contrainte. Dans les deux régions, les rapports entre territoires de CLSC fusionnés constituent un frein aux partenariats. Dans le CSSS de la région B, les partenaires identifient une issue heureuse; dans la région A, le CSSS où il y a eu regroupement de plus d'un CLSC reçoit de sévères critiques : on parle d'une rupture des partenariats établis antérieurement par l'un des CLSC, de démotivation du personnel et d'alourdissement administratif qui met une barrière dans les collaborations. Dans l'autre CSSS de la même région, c'est la pression que la DRSP impose au CSSS qui est perçue comme une contradiction avec sa responsabilité populationnelle<sup>4</sup>. Les RLS sont alors perçus comme des créatures du CSSS et les partenaires du milieu communautaire ont le sentiment d'être spectateurs des processus auxquels le CSSS est contraint de les associer, mais sans vraiment attendre leur collaboration et certainement sans respecter les modes de fonctionnement des organismes communautaires. Par ailleurs, on reconnaît une volonté de collaboration dans la démarche

---

<sup>4</sup> Les pressions des agences régionales ou des DRSP sur des CSSS peuvent aussi avoir pour causes la non affectation par ces derniers de budgets destinés à des programmes particuliers au profit d'autres activités du CSSS, voire de la réduction d'un déficit associé à une mission hospitalière comme révélé par une autre recherche (Bourque, 2006).

négociée pour définir un cadre de collaboration entre l'établissement et la CDC qui représente les éventuels organismes communautaires signataires d'ententes de service.

### ***Une certaine marginalisation de l'organisation communautaire***

La démarche du comité de développement social dans la région B est perçue comme gagnante parce qu'elle réunit des personnes en position d'autorité, soit comme élus soit comme gestionnaires. Les OC ne sont invités que ponctuellement et demeurent donc en marge du processus. Les partenaires communautaires les mettent par ailleurs à contribution pour élaborer leurs positions. Dans la région A, un CSSS a même imposé aux OC de se retirer des concertations et ce sont les partenaires communautaires qui ont revendiqué leur retour aux tables.

Dans les deux régions, les partenaires identifient les OC comme d'importants agents de liaison, voire comme des agents d'intégration des partenaires. Ils sont perçus positivement en particulier pour leur connaissance des enjeux du milieu. Par contre, certains partenaires soulignent leur double imputabilité : s'ils savent être proches des organismes, ils demeurent des agents de l'établissement qui les emploie.

## **4. LES OC DES CSSS**

Alors que dans la région A, au moins un OC par territoire de CLSC a été mis à contribution dans la démarche d'élaboration des PAL, les OC de la région B ont été relativement absents de ces processus. Mais dans les deux régions, c'est la création des CSSS et les modes de fonctionnement qui en découlent, qui ont été vécus comme une contrainte pour l'organisation communautaire dans ses rapports avec les organismes communautaires.

### **4.1. Dans la région B**

Le comité de suivi en développement social est présenté comme une retombée très significative de la démarche du PAL, mais les OC en sont absents : « On n'est pas invités, on n'est pas là. On peut être invités à présenter quelque chose, donc on va y aller sur invitation. Tu y vas et après ça tu t'en vas. » (EO02) En fait ce sont les cadres qui assurent la liaison avec les partenaires : « Le leadership est assumé par les cadres. » (EO02) Manifestement la situation suscite de la frustration : « Peut-être qu'au comité de suivi ils abordent ça, mais moi je ne le sais pas. On n'a pas de compte-rendu de ça. » (EO02) Et cela compromet l'intervention : « Il reste que quand tu travailles dans un des axes de la santé publique, moi je n'ai pas de vision globale de ce qui se fait. » (EO02) Le travail d'organisation communautaire se poursuit dans les concertations sectorielles tandis qu'au niveau de la concertation transversale en développement social « le CSSS est impliqué directement, est redevable et veut constituer les réseaux locaux et ce sont les cadres qui sont là. » (EO02).

L'engagement du CSSS sur le terrain du développement social constitue indéniablement une avancée : « Quand la direction générale d'un grand CSSS s'implique et signe des lettres et que c'est soutenu par le comité de suivi, va défendre ça, bien ça faisait longtemps qu'on n'avait pas vu ça nous autres. On a trouvé ça intéressant. Je pense que c'est intéressant comme pratique et ça peut donner des résultats. » (EO02) Mais la marginalisation de l'organisation communautaire touche le cœur de la fonction. Traditionnellement, les OC assuraient l'interface entre le CLSC et le milieu : « Dans la situation antérieure, les rapports de la communauté avec le CLSC passaient beaucoup par l'organisation communautaire. Donc, c'est sûr qu'on avait plus de prise pour établir un lien de partenaires avec les représentants communautaires. On jouait plus l'interface entre le milieu communautaire et le CSSS. » (EO21) Le comité de suivi est donc un espace d'ambivalence : « On a une institution de santé qui va être partie prenante du développement de la communauté, donc ça va dans le sens qu'on souhaite. L'effet pervers, c'est que les leaders communautaires vont fréquenter la direction générale. » (EO21) Ce mode de fonctionnement déprécie l'expertise propre des OC :

Il faut que la direction prenne conscience que si elle se trouve à une réunion d'un comité comme ça, elle doit y venir avec toute la lecture professionnelle de la communauté portée par les OC. Sinon, ça devient à la limite comme une gérante d'estrade parce que ce n'est pas parce que tu es directrice générale du CSSS que tu peux connaître la communauté et avoir une analyse sur le développement de la communauté. (EO21).

Ce qui est en cause, ce n'est pas seulement le pouvoir d'influence des OC, mais aussi la perte de la pertinence de l'organisation communautaire dans le CSSS : « Moi je ne conteste pas du tout l'autorité qu'elle a. Je reconnais qu'elle a une responsabilité d'autorité. Ultimement c'est elle qui prend les décisions. Sauf que je m'attends à ce que, quand elle prend des décisions, elle ait pris en compte l'expertise de toute son équipe. » (EO21) Au moment où nous avons mené l'enquête, il n'y avait pas encore de mécanisme efficace, souhaité de part et d'autre, pour assurer une liaison entre la direction siégeant au comité de développement social et les OC en contact quotidien avec les partenaires sur les enjeux de développement des communautés.

L'inquiétude c'est qu'on substitue aux OC des agents de planification, de programmation et de recherche :

Je vois deux voies possibles. Une voie qui serait le CSSS de la Montagne dans les faits, c'est-à-dire qu'on devient des exécutants, même si on n'avait pas le titre d'agents de programmation. [...] L'autre pression qui contribue à l'orientation Côte-des-Neiges, c'est toute l'organisation du milieu communautaire, les tables de développement social, ça se professionnalise. (EO21).

Mais il n'y a pas de fatalité puisque le CSSS peut choisir autrement : « L'autre option, c'est qu'on soit plus dans la tradition de l'organisation communautaire, dans un nouveau

rapport avec la direction [...] comme un peu partenaires de la direction dans son rapport avec la communauté. » (EO21).

Au niveau du comité de développement social, il y a aussi un autre enjeu, celui de la démocratie : « Quand on nous a annoncé le comité de développement social, on a soulevé le fait que ça pouvait devenir un lieu de pouvoir obscur [...] il y a potentiellement un problème. » (EO21) En fait, le comité de développement social est un lieu de pouvoir où les acteurs n'ont pas de comptes à rendre en fonction de mandats qu'ils auraient reçus : « Le comité de suivi, ce sont des gens qui sont là d'office. Je trouve que c'est problématique [...] parce que des gens vont à la limite convenir de choses ailleurs sans que ces gens-là aient été nommés. [...] Ça enlève tout le côté d'être redevables et d'avoir un mandat de coordonner un processus et non de gérer. » (EO21) En fait, c'est « comme si c'était un club sélect [...] un club du CSSS » d'où les OC sont exclus et ont le sentiment d'être « accessoires, de plus en plus » (EO02) alors que la situation appellerait une fonction critique, la présence de chiens de garde de la démocratie et de la représentation citoyenne. Nous n'avons pas entendu semblable critique des participants au comité de développement social que nous avons rencontrés.

#### **4.2. Dans la région A**

Au CLSC qui a misé sur une démarche participative, l'OC a joué un rôle important dans l'élaboration du premier PAL. Avec la direction il a été partie prenante de la planification du processus :

Il y a eu rencontre avec le directeur général de l'époque, la cheffe de l'administration de programmes qui était la porteuse du dossier PAL, et un porteur de dossiers pour l'écriture collective, qui était moi. Et on s'est rencontrés, on a examiné ça et on a travaillé à l'effet de former une structure qui voulait identifier tous les collaborateurs, tant à l'interne qu'à l'externe, qui pourraient être impliqués dans la démarche du PAL. Et là-dedans on parlait des quatre organisateurs communautaires du CLSC et des représentants de certains secteurs ciblés. (EO15).

En fait, l'OC a agi à la fois comme « représentant de l'équipe d'organiseurs communautaires » en soutien « pour éviter qu'on tombe dans des champs de mines ou des pièges qui nous étaient tendus par la structure un peu rigide du plan d'action régional » et comme responsable de l'écriture « pour bien représenter l'ensemble des discussions et des décisions prises à la fois par les rencontres internes et [par] les rencontres avec les concertations ciblées du territoire » (EO15).

Cette contribution s'est prolongée dans les démarches du suivi du PAL et dans le travail d'harmonisation des deux PAL au moment de la création du CSSS, notamment l'organisation de la journée de la santé publique qui fut « une vaste opération de réseautage et de maillage entre des pratiques d'organismes communautaires en prévention-promotion qui pouvaient être similaires dans les deux territoires, mais qui ne

se connaissaient pas. [...] La création du CSSS a amené ça comme dynamique, maintenant les territoires se parlent. » (EO15). L'effet principal à court terme de la création du CSSS fut cependant de déplacer les énergies vers la restructuration interne : « Ce furent plus de 18 à 24 mois où l'énergie était investie à créer cette structure de CSSS pour répondre aux orientations ministérielles, que de poursuivre la démarche de collaboration et de proximité avec le milieu. » (EO15).

Parmi les restructurations, il y a eu le regroupement des OC dans une même équipe :

Et pour [...] accentuer davantage cette interface-là entre les deux territoires, l'organisation a jumelé les organisateurs communautaires dans une même équipe et qui en plus est dans le même local, dans le même bureau. On est tous dans le même local. Alors on se parle, on se donne beaucoup plus d'information de ce qui se passe dans l'un et dans l'autre, et on s'influence pour atteindre des objectifs qui sont un peu plus similaires en fonction de l'histoire et des forces et faiblesses de chacun des territoires. (EO15).

Ce qui n'empêche pas que dans « les concertations locales, la participation ou la représentation du CSSS continue à être faite sur la forme des territoires de CLSC. » (EO15) Les OC se parlent, mais ils n'ont pas l'intention de dépasser la création de liens entre les organisations des deux territoires : « Il commence à y avoir des interfaces entre les concertations, mais lors de notre dernière rencontre pour établir notre plan de travail en organisation communautaire, on ne s'en va pas sur un mode de fusion des tables ou de quoi que ce soit là. On conserve la notion territoire de CLSC. » (EO15) Ils tiennent à « ne pas dénaturer les concertations issues du besoin du milieu. Il faut le dire, elles n'ont pas été mises en place par le CLSC, on les a supportées dans leur structuration, mais c'étaient toutes des demandes issues du milieu. » (EO15) Enfin ils déplorent les tensions qui subsistent entre les organismes des deux territoires : « la plus grosse menace qu'on a c'est l'absence de synergie. [...] On a deux gros regroupements d'organismes communautaires et ils sont en chicane. [...] C'est sûr que ça crée un frein à une meilleure coordination de ce qui se passe sur le territoire. » (EO15).

Dans l'autre CSSS de la région, l'OC est préoccupé par le fait que « le PAL est encore constitué principalement de partenaires internes du CSSS » (EO11). En fait la démarche de renouvellement a été moins participative que celle du premier PAL où « il y avait consultation, ils se sentaient impliqués, ils se sentaient concernés. [...] Mais pour le deuxième, ce que j'entends c'est qu'ils ne sont que témoins du PAL. » (EO11) En fait la démarche ne fait guère de place aux partenaires : « Il n'y a pas d'espace d'information ou de mobilisation » et en plus « on sentait que c'était urgent, qu'on avait comme deux mois pour faire le bilan et produire le nouveau PAL. » (EO11). La démarche auprès des partenaires a donc été expéditive : « On a, à la dernière minute encore, demandé à rencontrer les tables de concertation sur lesquelles nous on anime ou on coordonne de façon générale, pour, dans le fond, juste dire : "Bien, voici le nouveau PAL. Voici les

cibles que nous avons à l'intérieur, Êtes-vous d'accord avec ça? Et est-ce que le portrait est toujours bon?" Donc une heure et quart de rencontre. » (EO11). Dans ces conditions, rien d'étonnant à entendre les partenaires se plaindre du peu d'espace démocratique de cette démarche locale de santé publique :

Les commentaires que j'ai des partenaires qui sont du RLS santé publique c'est qu'on n'a absolument rien à dire. On ne fait qu'entendre ce que le CSSS fait comme action, activités et tout ça, et on n'est là que pour valider. Alors on n'est pas inscrit là-dedans, on n'est pas mobilisés là-dedans. Dans le fond on est juste témoins des actions portées par le CSSS dans le PAL. (EO11).

Dans l'autre CSSS, on fait une évaluation semblable du second PAL : « C'est une démarche mineure, dans le sens qu'on a copié-collé le premier PAL dans le deuxième. Et on a fait une légère mise à jour en fonction des objectifs du moment, mettons. Mais, écoute, ça a été assez mineur comme travail, très mineur. » (EO15).

Les OC ont une évaluation positive de l'accompagnement offert par les agents de la DRSP : « C'est très soutenant, c'est très intéressant. [...] Ça nous alimente au niveau de l'information, de ce qui est disponible. Il faut qu'il soit présent pour être capable de répondre aux besoins. » (EO11) « La conseillère de santé publique a été très présente sur le territoire, très présente et très soutenant dans la façon dont on a aménagé l'ensemble des grilles pour représenter les intérêts de notre milieu, mais aussi les demandes et les exigences de l'agence. » (EO15).

Par contre, l'approche de la DRSP suscite une réaction des OC. La démarche du premier PAL, plus participative, se mérite le commentaire suivant : « C'est sûr qu'il y a eu une influence majeure compte tenu que, il faut pas se leurrer, ça ressemblait à une dictée trouée où on devait suivre la démarche proposée en partant de la politique nationale de santé publique, du plan d'action régional et des grilles qui nous étaient envoyées par la direction de santé publique. » (EO15) Ce modèle a incité à une résistance active et à la proposition d'une alternative : « Alors nous on a dit "écoute, la démarche on veut la faire autrement". Alors on ne s'est pas fait influencer. NOUS avons influencé la direction de santé publique pour qu'elle embarque dans notre démarche et que cette démarche-là soit considérée comme aussi valable et même plus valable que celle qui semblait vouloir avoir cours dans la région. » (EO15).

La création du CSSS et la mise en place de RLS en santé publique a alourdi la concertation avec les partenaires. Le CSSS a pris l'initiative de convoquer toutes les tables de concertation pour qu'elles délèguent quelqu'un pour siéger comme représentant au RLS, ce qui a fait réagir les tables : « S'ils veulent venir nous consulter sur le PAL, qu'ils viennent à notre table et on va discuter des cibles qui nous concernent en tant que table, on va pouvoir les alimenter. » (EO11) On ne voit pas comment une personne déléguée au RLS par plusieurs organismes puisse contribuer efficacement sans avoir le

temps de consulter ses partenaires de concertation : « Alors c'est le défi de la multiplication des tables de concertation, mais aussi de la représentation des tables à travers un RLS qui est une structure "au-dessus-de". » (EO11) L'initiative est évaluée comme une cause d'hyperconcertation (Bourque, 2008b). Ce qui s'est perdu c'est « la proximité dans l'action entre le CLSC et ses organismes partenaires », de sorte que le CSSS est perçu comme « une grosse structure », « plus technocratique qu'un acteur du milieu », un diagnostic qui confirme les OC dans leur évaluation que le CSSS « est en train de s'éloigner du milieu » (EO15).

Dans ce contexte, les OC soulèvent la crainte de voir se répéter la décision du CSSS de la Montagne, ce qui les pousse à se donner un cadre de référence local et à refuser d'avoir la charge de la reddition de comptes des organismes communautaires qu'ils craignent de se faire attribuer par le CSSS : « Notre crainte, nous comme organisateurs communautaires, c'est de voir notre rôle modifié dans le temps pour être les agents de liaison du CSSS dans le milieu pour assurer cette reddition comptes-là plutôt que le rôle qui est plus traditionnel de l'organisation communautaire » (EO15).

#### **4.3. Les convergences**

L'absence des OC dans la démarche du PAL dans la région B limite les convergences possibles au statut réservé à l'organisation communautaire dans la responsabilité locale en santé publique. Il est significatif que dans les deux régions on ait évoqué le choix du CSSS de la Montagne d'abolir les postes d'OC au profit de postes d'agents de planification, de programmation et de recherche.

La description des démarches de santé publique faite par les OC montre une approche institutionnelle qui s'impose sur le terrain de l'action communautaire et des rapports avec les partenaires. Si les CSSS peuvent, au nom des enjeux locaux, démontrer une certaine capacité d'affirmation devant les directives de la DRSP, ils n'échappent pas en retour, souvent à cause de contraintes de temps et des impératifs inhérents à la démarche de la santé publique, à l'établissement de rapports hiérarchiques avec les partenaires des tables de concertation. Dans le CSSS de la région B, cela se fait en harmonie avec les partenaires. Dans les deux CSSS de la région A, les partenariats semblent affaiblis par la place très considérable qu'occupe le CSSS dans les RLS en santé publique. Mais dans les deux régions, les OC qui traitent au quotidien avec les mêmes partenaires, estiment être en marge parce que leur savoir-faire dans les rapports entre des partenaires souvent dissymétriques semble peu compter pour les directions des CSSS. Leur expertise professionnelle semble moins requise et la logique dominante du réseau favorise un déplacement vers des compétences d'exécution, le recours à des professionnels qui pensent et exécutent des programmes plutôt que des personnes capables de soutenir la négociation entre les orientations de la santé publique et les enjeux et aspirations spécifiques des milieux.

Les rapports des OC avec les conseillers de la DRSP sont généralement bons, tout comme leur évaluation de l'information que la santé publique peut fournir aux communautés. Leur questionnement en santé publique porte plutôt sur la différence entre travailler avec un milieu local sur des enjeux que la santé publique a identifiés et qui ont de fortes chances d'avoir une résonance dans la communauté locale, et faire la promotion d'une programmation pour une communauté locale dans laquelle on demande aux gens de s'inscrire. Dans le premier cas, tout le savoir-faire développé dans l'approche communautaire des CLSC peut être mise à profit pour atteindre les objectifs souhaités en misant sur les capacités de la communauté locale. Dans l'autre, on donne aux organismes du milieu le message que l'on sait ce qui est bien pour leur communauté.



## **CHAPITRE 3 DISCUSSION**

Les convergences observées nous fournissent du matériel pour identifier des questions transversales. Elles offrent surtout des pistes pour la recherche d'un *modus operandi* en santé publique au niveau des réseaux locaux dont les CSSS ont la responsabilité. À cet égard, il faut noter que la création des CSSS en 2004, soit immédiatement après la première démarche de production des PAL, est considérée, dans pratiquement toutes les entrevues, comme un des principaux déterminants des expériences de partenariat autour des enjeux de santé publique. Les dynamiques des PAL de première génération réalisées en CLSC ont été bousculées et la nouvelle réalité s'est imposée de telle sorte que, dans le discours des partenaires notamment, il n'y a pas, à toutes fins pratiques, de distinction entre la démarche du PAL et celle du RLS mis en place par le nouveau CSSS. Notre analyse portant sur les formes et dynamiques des partenariats locaux entre les CSSS et les organismes communautaires se proposait d'explorer la question dans le cadre de l'élaboration des PAL, mais elle rejoint aussi la mise en œuvre de la nouvelle mission de constituer et coordonner un RLS (LRQ, ch.S-4.2, art. 99.4 et 99.5).

### **1. Le point de vue des DRSP et celui des partenaires**

Les agents des DRSP que nous avons rencontrés sont unanimes à considérer leurs rapports avec les partenaires comme une réussite. Dans un cas, on parle de « coconstruction » (EA03) et, dans les autres, on note que l'expérience a été « positive pour la très grande majorité » des partenaires (EA19). Ceux-ci pour leur part ont vécu positivement deux des quatre démarches pour lesquelles nous avons des informations, mais sont unanimes à considérer que la santé publique leur impose des enjeux et des règles qui ne respectent pas toujours leur analyse locale ni surtout leurs modes de fonctionnement. Cette évaluation a été renforcée avec la création des CSSS. Les points de vue sont donc partagés, mais il y a un écart net entre la perception des agents de santé publique et celle des partenaires. Le financement des programmes est un des enjeux ambivalents selon le groupe d'acteurs concerné : perçu par les agents de la DRSP comme un moyen de mobilisation, il devient pour les partenaires une menace à leur expertise propre et à leur contribution spécifique lorsqu'il est assorti d'ententes de services entre partenaires dissymétriques. C'est la crainte notamment des organismes communautaires, même si relativement peu d'expériences d'entente de service ont été évoquées dans les entrevues.

Le cadre directif de la santé publique découle directement de l'impératif de mise en œuvre d'un programme national en vertu d'une Loi qui définit un processus descendant depuis le palier national jusqu'aux établissements locaux ayant une mission de CLSC en passant par les directions régionales. Il n'y a donc pas de surprise à constater que les agents de santé publique s'inscrivent spontanément dans une démarche descendante que

rendent bien les verbes qui reviennent le plus souvent dans la description que plusieurs d'entre eux font de leurs interventions : DÉFINIR les indicateurs ou les cibles que les acteurs locaux doivent INTÉGRER, fournir des conseillers qui aident les gens à S'APPROPRIER vocabulaire et pratiques, HIÉRARCHISER les interventions et ORIENTER les démarches locales. De même ils parlent d'inscrire les résultats dans L'ENTENTE DES GESTION des CSSS, du rôle de COURROIE DE TRANSMISSION ou de CANAL assumé par les directions locales des CSSS, etc. En même temps, ils souhaitent que cela soit fait sous le mode de la collaboration : CONSULTATION des gestionnaires locaux pour préparer le PAR, tables de partenaires où travaillent EN TANDEM des agents régionaux de la santé publique et des partenaires locaux ou régionaux, SOUTIEN aux démarches locales d'élaboration du PAL, sensibilisation ET MOBILISATION des acteurs locaux, priorités établies localement parmi les cibles retenues au niveau régional, MARGE DE MANŒUVRE LOCALE sur le comment [mettre en œuvre localement ces cibles], SOUTIEN FINANCIER à l'action locale, etc. Les agents des DRSP se félicitent d'avoir contribué au développement de nouvelles solidarités territoriales et à une approche populationnelle. Ils estiment qu'il y a une influence réciproque entre le local et le régional.

Les partenaires reconnaissent la pertinence de l'expertise de la santé publique sur les données populationnelles et l'analyse d'enjeux et de stratégies qui les concernent. Tous par ailleurs réagissent à la directivité des processus. Les agents des DRSP sont estimés et les partenaires parlent positivement des rapports qu'ils établissent avec eux. Par contre, les démarches sont généralement évaluées plus négativement quant à la marge d'autonomie et à la reconnaissance des enjeux locaux. Qu'elles aient été plus ou moins ouvertes devient une nuance dans la convergence des opinions à l'effet que le rapport d'experts dans lequel s'inscrivent les agents de la DRSP, est vécu difficilement voire négativement.

Les conseillers en santé publique se reconnaissent effectivement comme experts non seulement en ce qui concerne l'information et le soutien des démarches locales de santé publique, mais aussi pour habiliter les acteurs locaux. Ils se veulent promoteurs des meilleures pratiques et considèrent contribuer à structurer les façons de faire pour qu'elles soient plus efficaces. Ils apportent aux milieux locaux un savoir expert en promotion de la santé, en surveillance et en contrôle des problématiques, y compris sur le terrain du développement social et du développement des communautés. Comme promoteurs des meilleures pratiques, ils déplorent la marginalité de la santé publique dans les établissements locaux de santé et de services sociaux : devant les impératifs médicaux des hôpitaux, ils estiment que leur contribution scientifique ne jouit pas d'une juste reconnaissance. En fait, ils semblent méconnaître le sentiment des acteurs locaux de se faire imposer ce qui est bien pour eux.

Les partenaires pour leur part apprécient l'occasion que leur offrent les démarches de santé publique, d'établir des convergences dans l'action. Mais ils ne considèrent pas que leur propre expertise des réalités locales soit suffisamment prise en compte. Souvent ils ont l'impression de seulement donner bonne conscience à des agents responsables d'appliquer des programmes avec la consultation comme règle imposée. Ils se disent aussi critiques, voire en réaction par rapport aux « commandes » de la Santé publique et du Ministère qui leur paraissent contraires à la responsabilité populationnelle dévolue aux instances locales. Enfin ils estiment que les procédés de la santé publique ne respectent pas suffisamment le temps requis par les modes de consultation habituels en milieu communautaire et permettent peu une participation ouverte de l'ensemble des acteurs.

Les divergences manifestes entre les évaluations des mêmes démarches d'élaboration des PAL que font les agents des DRSP et les partenaires, donne davantage l'image d'une opposition que d'une négociation entre la logique descendante PNSP – PAR – PAL et la logique ascendante des acteurs locaux invités à y contribuer.

## **2. Les gestionnaires de CSSS comme agents de santé publique**

Les gestionnaires locaux de santé publique sont étroitement reliés aux instances régionales et, depuis la création des CSSS et l'installation de directions locales de santé publique, ils sont associés à leurs travaux dans le cadre de rencontres formelles qui donnent une allure régionale à la mise en œuvre de la filière PNSP – PAR – PAL. Ils sont aussi préoccupés que les agents des DRSP quant à l'avenir de la santé publique dans les CSSS. Ils souhaitent non seulement préserver les ressources dévolues à la promotion de la santé, mais aussi intégrer les pratiques préventives à l'ensemble des programmes de l'établissement. De fait, l'extension communautaire et sociale de la prévention et des interventions de première ligne devrait, dans le cadre des RLS, faire partie de tous les programmes des CSSS. Avec les perspectives nécessairement collectives de l'action sur les déterminants de la santé, la santé publique introduit cependant dans les services de santé un paradigme qui s'écarte de leur axe principal, l'intervention sur la physiologie de l'organisme individuel. Elle partage donc la marginalité des approches de prévention-promotion qui a marqué l'histoire des CLSC et de l'action communautaire. En même temps, les CSSS ont intégré le programme de santé publique en le confiant à une direction locale au même titre que les autres programmes clientèles.

Les gestionnaires de santé publique des CSSS tiennent aux rapports de partenariat établis avec les organismes du milieu et estiment que cela implique la reconnaissance de l'expertise locale du terrain. Les instances de suivi du PAL, que ce soit un comité de développement social ou un RLS en santé publique, sont considérées comme représentatives des collaborations locales et mobilisatrices à l'égard des partenaires. Leur importance tient à ce que cela permet un lien avec la population rejointe principalement par les groupes communautaires et les autres institutions. Les écoles et les municipalités

disposent de plus d'infrastructures nécessaires à la santé de la population notamment des installations permettant l'exercice physique.

Les cadres locaux que nous avons rencontrés se considèrent gestionnaires du PAL. C'est un outil du CSSS dans le sens où il permet de donner du sens aux diverses initiatives de prévention et promotion de la santé et campe le leadership local de l'établissement. Ils ne semblent pas percevoir par ailleurs que les règles du jeu sont entièrement déterminées par l'institutionnel ni que celles-ci ajoutent à la complexité de gouvernance de nombreuses instances locales de concertation. Ils ne semblent pas voir les appréhensions que soulève le primat des rapports interpersonnels qu'ils développent avec les acteurs locaux sur les rapports inter organisationnels et les risques démocratiques inhérents aux comités de suivi et aux RLS dans lesquels ils ont une fonction de gestion et de contrôle. Cet enjeu de gouvernance est particulièrement délicat lorsqu'il est question du transit des fonds publics, mais les CSSS que nous avons étudiés, ont des lectures différentes du fait que des fonds de la santé publique puissent transiter par eux. Les gestionnaires de l'un des CSSS refusent formellement de jouer un rôle de bailleur de fonds pour préserver le rapport partenarial qui serait mis à mal par les fonctions de contrôle liées au financement. Il y a par contre dans tous les CSSS de notre échantillon des ententes formelles en fonction desquelles un financement de santé publique est alloué à des organismes du milieu.

Les partenaires estiment que les gestionnaires exercent un leadership qui leur revient, mais considèrent qu'ils devraient l'exercer avant tout pour mettre en œuvre leur responsabilité populationnelle c'est-à-dire avoir des approches inclusives qui priorisent les enjeux locaux. Ils sont insatisfaits des consultations formelles qui laissent peu de temps aux mécanismes de concertation participatifs, et souhaitent des rapports où les partenaires n'ont pas le sentiment d'être minoritaires ni entraînés sur le terrain du CSSS. La création des CSSS a marqué à cet égard un recul par rapport à ce qui se faisait du moins dans certains CLSC.

### **3. Les tensions autour de la contribution des OC à la santé publique : contradiction ou enjeux négociables?**

Dans l'une des deux régions, des postes d'organisateur communautaire sont financés directement par la santé publique. Leur pratique est liée à la mise en œuvre de programmes confiés à des tables intersectorielles sur des enjeux particuliers. En développement des communautés, en développement social et dans l'approche populationnelle, les OC et les agents de santé publique se retrouvent sur le même terrain. Les agents de la DRSP estiment avoir démontré leur considération pour l'organisation communautaire et en concluent que les OC doivent maintenant s'inscrire dans le champ englobant de la santé publique et se montrer davantage coopératifs dans la mise en œuvre

de leurs programmes. Ils se donnent aussi une mission d'instaurer les meilleures pratiques pour favoriser la structuration des interventions à partir de données probantes.

Ils semblent peu informés des importants travaux québécois de structuration des savoir-faire des OC qui ont été réalisés au cours des deux dernières décennies (Doré, 1985; Bélanger et Lévesque, 1988; Hurtubise *et al.*, 1989; Gulati et Guest, 1990; Doucet et Favreau, 1991; FCLSCQ, 1991; Favreau et Hurtubise, 1993; FCLSCQ, 1994; Bourque, 1997; Lachapelle, 2003; MSSS, 2004; Robitaille, 2006; Bourque *et al.*, 2007; Comeau *et al.*, 2008; Comeau et St-Onge, 2008; Lamoureux *et al.*, 2008; RQIIAC, 2010). C'est un peu comme si cette expertise québécoise ne contribuait pas à l'identification de meilleures pratiques. C'est pourtant essentiel pour un arrimage de la logique descendante du PNSP – PAR – PAL avec cette logique ascendante du développement des communautés. Nos travaux antérieurs indiquent que l'efficacité des programmes est d'autant plus grande qu'ils accordent une priorité aux enjeux locaux par rapport aux impératifs de données probantes établies de l'extérieur (Lachapelle et Bourque, 2007).

Même si les OC expriment positivement leurs rapports personnels avec les agents de la DRSP, ils sont perçus par plusieurs d'entre eux comme réfractaires aux initiatives de la santé publique. Certains agents des DRSP estiment que les OC sont dépités de perdre le monopole qu'ils avaient dans les relations avec le milieu alors que les OC déplorent l'approche directive et hiérarchique de la santé publique qu'ils considèrent comme un facteur de recul de la capacité d'initiative du milieu. Les agents de la DRSP expriment une allégeance à la santé publique tandis que les OC se perçoivent généralement en position de double imputabilité au CSSS et à la communauté. La contribution des OC souhaitée par les partenaires serait centrée sur le soutien tandis que des cadres et des agents de la DRSP ne semblent pas distinguer les fonctions de soutien et de contrôle. Des agents de santé publique souhaitent notamment que les OC assument des fonctions de courroie de transmission tandis que les OC et les partenaires favorisent l'émergence de besoins locaux. Les partenaires tiennent d'ailleurs généralement un discours de proximité avec les OC et leur reconnaissent une fonction de liaison entre les logiques institutionnelles et communautaires. Un partenaire les présente même comme « des catalyseurs, des facilitateurs et des intégrateurs » (EP07), avec la nuance, selon un autre informateur (EP12), qu'il ne faut jamais perdre de vue que le CSSS est leur employeur ce qui, par moment, peut les placer dans une situation de dilemme entre leur solidarité avec l'organisme partenaire et leur imputabilité au CSSS.

#### **4. Perspectives de santé publique, partenariats et responsabilité populationnelle**

La logique institutionnelle descendante PNSP – PAR – PAL dont les DRSP sont porteurs avec les gestionnaires des CSSS, est perçue par les partenaires à la fois comme une contribution légitime en soutien à leurs démarches intersectorielles et comme bousculante

par rapport aux enjeux locaux quand les agents de santé publique se placent en position de gestion au nom des meilleures pratiques. Sur le terrain du développement des communautés et du développement social, les OC demeurent proches des partenaires, mais depuis la création des CSSS les instances locales de santé publique ont réduit la portée de leur contribution. Les rapports des agents de la DRSP et des OC s'expriment davantage sur le ton de la compétition que de la collaboration.

L'analyse laisse toutefois entrevoir un espace où il serait possible d'établir des terrains communs entre les agents des DRSP et les partenaires : la meilleure connaissance des réalités locales et la recherche de convergence dans les actions sont des résultats appréciés par tous. Par contre, l'approche prescriptive agit plutôt comme un frein. Il est étonnant de constater que les démarches participatives dans un CLSC et dans un CSSS entraînent des initiatives locales non prévues et des résultats décrits positivement par les agents des DRSP lesquels maintiennent en même temps des approches de gestion, voire de contrôle. Les DRSP en se mettant dans une position de « savoir-ce-qui-est-bon-pour-les-communautés » s'empêchent, tout en parlant *d'empowerment*, de soutenir les potentiels de ces communautés. Cette perspective experte ne favorise pas la prise en charge des communautés par elles-mêmes parce qu'au lieu de soutenir les initiatives locales, on cherche à les déterminer. Si les cadres des CSSS sont légitimement reconnus comme porteurs de la logique descendante de la santé publique, ne devrait-on pas mettre à contribution les OC pour faire en sorte que les communautés deviennent des partenaires capables d'initiatives structurantes en santé publique? On pourrait alors parler véritablement de rapports de partenariat débouchant sur une coconstruction de politiques et d'interventions publiques en santé et avoir des approches de santé publique qui sont conformes à la fois à la Politique nationale de santé publique et à la Politique nationale de reconnaissance de l'action communautaire (Québec, 2001).

La restructuration du réseau et à la création des CSSS en 2004, a mis en tension la préoccupation d'une approche populationnelle avec la pression administrative à l'harmonisation des services pour l'ensemble des territoires de CSSS composés souvent de plusieurs territoires de CLSC fusionnés (Bourque et al, 2010). Cette pression à l'harmonisation des services et des approches pour l'ensemble du territoire administratif des CSSS se heurte aux impératifs de stimulation de la mobilisation locale et de création d'un acteur collectif sur un territoire vécu qui sont au cœur de la territorialisation de l'intervention publique en santé communautaire (Caillouette et au., 2009).

L'approche de la santé publique est-elle inhérente à sa volonté d'établir scientifiquement son expertise et à la responsabilité légale que l'État lui a conférée? Cette caractéristique pourrait-elle aussi être le résultat du fait que la santé publique n'a pas encore intégré les exigences du passage à une approche de développement social et de développement des communautés? Y a-t-il un espace pour la redéfinition à l'échelle locale et à partir des

enjeux locaux des impératifs de la santé publique? À quelles conditions la santé publique peut-elle reconnaître la légitimité voire le caractère innovateur des pratiques locales sans perdre les assises scientifiques sur lesquelles elle veut appuyer ses contributions?

### **5. Données probantes et meilleures pratiques en développement social**

Lecompte (2003) estime « qu'une profonde transformation est en cours dans le milieu de la santé » qui se caractérise notamment par « l'importance accordée [...] [aux programmes basés] sur des données probantes, ou sur les meilleures pratiques » (Lecompte, 2003 : 12). Cette attention est motivée avant tout par la perspective d'un « contrôle sinon une diminution des coûts » (Idem : 13).

Les meilleures pratiques en promotion de la santé relève d'un concept importé de la médecine « où il s'applique avec une certaine consistance à la physiologie relativement homogène de l'espèce humaine » (Green, 2001 : 165)<sup>5</sup>. Mais cette migration n'est pas nécessairement heureuse en ce qui concerne les pratiques sociales qui doivent composer avec l'imprévisibilité de nombre de facteurs de comportement (Idem : 172) :

Le problème des “meilleures pratiques” surgit lorsque recommandées ou souhaitées (habituellement à partir des expériences d'une communauté locale particulière), elles sont imposées comme politique émanant d'une autorité centrale en dépit des caractéristiques très variables pour lesquelles elles pourraient ne pas être adaptées. (Idem : 173).<sup>6</sup>

Green propose donc de passer du concept de meilleures pratiques à celui de meilleures démarches (*best processes*), un concept qu'il assimile à l'établissement d'un diagnostic : le processus fait appel bien sûr à des données empiriquement vérifiées, mais aussi à un savoir-faire développé dans la pratique. Lecompte va dans le même sens tout en notant que « les habiletés de diagnostic augmentant avec l'expérience » suivent une dynamique inverse de « la mise à jour des connaissances et la performance clinique déclinant avec l'expérience » (Lecompte, 2003 : 16). Green estime que l'attention aux démarches est conforme à la Charte d'Ottawa qui définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986 : 1). O'Neill est d'avis, lui aussi, que le concept de promotion de la santé défini par l'OMS « est l'exemple parfait d'une définition peu spécifique où les aspects d'orientations philosophiques sont dominants. » (O'Neill, 2003: 318).

Green ajoute que les recherches démontrent qu'«une plus large autonomie des planificateurs locaux et des intervenants pour adapter les politiques renforce leur mise en

---

<sup>5</sup> Traduction libre de “where it applies with some consistency to the relatively homogeneous physiology of the human species”.

<sup>6</sup> Traduction libre de: “The problem of “best practices” arise largely when the recommended or required best practice (usually tested in one or more particular localities) is imposed as policy from central authority upon the highly variable other settings in which they may not fit the particular circumstances.”

œuvre » (Green, 2001 : 174)<sup>7</sup>. Ces résultats sont tout à fait conformes avec le fait que les déterminants sociaux de la santé et les valeurs qui guident les comportements des populations, « ne sont bien connus qu'à l'échelle locale ou communautaire » et qu'ils « varient selon plusieurs circonstances qui affectent la vie quotidienne des gens » (Idem : 166)<sup>8</sup>. La recherche des meilleurs processus en promotion de la santé doit donc « apparier les données probantes de sources scientifiques et celles provenant de la communauté » (Idem : 175)<sup>9</sup>, de telle sorte que la recherche participative devrait devenir la marque distinctive de la promotion de la santé (Idem : 176). Cette position rejoint tout-à-fait la préoccupation que l'organisation communautaire en CSSS favorise et soutienne la création d'espaces négociés entre les expertises savante et citoyenne (Bourque, 2008).

O'Neill (2003 : 320) souligne que l'importance des données probantes en santé publique est reliée à la nécessité de « faire la preuve de leur efficacité » pour justifier leur financement. Or ces données probantes, établies selon la méthode des essais par échantillonnage aléatoire (*randomized clinical trials* ou RCT), sont « peu en mesure de faire la preuve de leur efficacité », en particulier parce que le repérage sur lequel elles reposent, tient à « un usage quasi exclusif et de la langue anglaise comme langue de publication et de recours principal à la littérature publiée » (Ibidem). Le risque c'est de tuer l'innovation sociale en ne mettant en valeur que « des projets plus classiques » (Id. : 323). Il ne faut pas pour autant disqualifier les données probantes :

Il existe donc certainement un avenir pour l'utilisation des données probantes en promotion de la santé, mais à l'intérieur de certaines limites, dans la mesure où elles ne sont pas perçues comme la seule et unique manière d'évaluer les pratiques dans ce domaine et dans la mesure où il demeure de la place pour d'autres types de démarches qui, très souvent, restent les seules disponibles pour fournir un jugement éclairé sur la capacité d'une intervention à produire des résultats. (Id : 324).

Il faut tenir compte qu'« actuellement, le mouvement des meilleures pratiques favorise presque à sens unique les meilleures pratiques américaines au détriment possible d'une créativité de pratiques novatrices reposant sur les cultures québécoise et canadienne. » (Lecompte, 2003 : 28) On pourrait citer de nombreux exemples où l'action citoyenne au Québec, soutenue par l'organisation communautaire des CLSC et par les mouvements syndical et coopératif, a produit des réalisations qui sont maintenant reconnues au titre de politiques publiques : les carrefours jeunesse emploi, les centres de la petite enfance et les entreprises d'économie sociale en aide domestique pour ne nommer que celles-là. On

---

<sup>7</sup> Traduction libre de : “greater discretion in the hands of local planners and practitioners to adapt the policies will enhance effective implementation”.

<sup>8</sup> Traduction libre de : “can only be known at a local or community level [...] vary with many of the circumstances under which people live their daily lives”.

<sup>9</sup> Traduction libre de : “match the evidence from scientific sources with the evidence from the community”.



pourrait de la même manière documenter le développement des communautés et les concertations intersectorielles locales.

Dans une conférence donnée en 2007 aux Centres de collaboration nationale en santé publique, Daniel Weinstock (CCNPPS, 2010) précise que la notion de données probantes est utile dans les domaines où il n'est pas possible d'établir des preuves. Elles renvoient à « quelque chose que nous produisons » et elles sont « collectées consciemment et délibérément par des humains dans des institutions » (CCNPPS, 2010 : 2). En ce sens elles « ne constituent pas une idée exempte de valeurs, dans la mesure où ces données et leur production sont le fruit de décisions humaines [...] les valeurs sont présentes dans tous les nœuds décisionnels de cette activité humaine de production de données probantes » (Idem : 3). Ces nœuds, ce sont les décisions quant aux objets de recherche, aux sujets de recherche, à la signification statistique, à la production des données probantes dont « une grande partie de ces connaissances consiste aussi à savoir-faire » (Idem : 5). Il rappelle enfin que les valeurs conditionnent aussi la présentation des données probantes, chacun sachant bien qu'on peut amener les gens « à tirer des messages très différents des données brutes, mais que si l'on présentait ces données simplement telles quelles, elles seraient totalement indigestes » (Idem : 6). Il en conclut que la priorité accordée aux données probantes sur la participation citoyenne constitue une résistance à la démocratisation des décisions en santé :

Nous sommes des scientifiques, il ne faudrait pas donner trop de pouvoir à ceux qui prendront des décisions émotives basées sur des valeurs, des décisions non scientifiques.

Donc, à mon avis, ce que nous devons faire pour venir à bout de cette ultime résistance, qui est encore là, même chez les gens très bien intentionnés, c'est commencer à nous rendre compte à quel point la frontière entre les faits et les valeurs est fragile et ténue, entre les données probantes d'une part et tout le reste, d'autre part (Idem : 8).

Il estime en conséquence que « Les différents choix reposeraient sur différentes valeurs dont il faudrait parler explicitement, dont il faudrait convenir et qu'il faudrait accepter dans un contexte démocratique, au lieu de les voir s'immiscer dans notre dos comme elles le font trop souvent de nos jours. » (Ibidem).

Dans un tel contexte, il devient intéressant d'associer aux concepts de données probantes et de meilleures pratiques une réflexion critique sur la concertation et l'intersectorialité. Ces pratiques « qui visent à impliquer explicitement une pluralité d'acteurs, au-delà de ceux classiquement habilités à décider dans le cadre du gouvernement représentatif » (Blondiaux et Sintomer, 2002 : 17-18), sont en effet l'objet de questionnements quant à leur qualité démocratique. Comme espace de délibération citoyenne, les instances dans lesquelles des acteurs de la société civile sont associés à des décisions collectives, transgressent le principe des frontières « qui oppose savoirs savants et savoirs profanes », mais aussi « l'opinion éclairée du représentant à celle du citoyen ordinaire. » (Idem : 30)

Pour que cette opinion citoyenne soit aussi éclairée que celle des représentants élus et puisse s'exprimer efficacement, il ne suffit pas en effet qu'existe un espace public d'expression. Il faut aussi une « structure organisationnelle », la principale étant « constituée par les associations qui, pour jouer pleinement leur rôle, doivent elles aussi être structurées de façon dialogique » (Idem : 23). Il faut donc introduire des procédures pour que les espaces de délibération permettent de faire reposer les décisions sur « la force du meilleur argument » sans porter atteinte à « l'égalité politique des citoyens et la formulation communicationnelle de leur volonté » (Idem : 24). Lorsque les principes de gouvernance de la concertation protègent ces valeurs, ces nouveaux espaces de délibération peuvent alimenter le développement des communautés en produisant « de l'information nouvelle » et soutenir « un respect mutuel » dans « des sociétés marquées par le pluralisme des valeurs » (Idem : 25-26). Ils permettent une participation qui élargit l'espace du débat public et contrebalance « le pouvoir des experts ou le monopole des représentants sur la définition de l'intérêt général » (Idem : 27).

Ces considérations philosophiques et politiques offrent un horizon intéressant au débat sur les meilleures pratiques. Dans la mesure où dans le domaine du développement social et du développement des communautés, les approches rationnelles ne peuvent s'appuyer sur des « preuves » au sens où l'on entend ce concept en médecine et doivent composer avec des valeurs soumises à des processus de délibération dans l'espace public, l'expertise de l'organisation communautaire prend une nouvelle dimension. La complexité de la gouvernance des processus de concertation et d'action intersectorielle que la santé publique souhaite mettre en œuvre, profiterait de l'expertise que les OC ont développée. Depuis quatre décennies, ils ont expérimenté dans les CLSC, des établissements constitués sur les mêmes bases que la promotion de la santé (Bourque et Lachapelle, 2010 : 14-23), des façons d'intervenir avec les populations en soutien à l'action communautaire. On leur reconnaît généralement le rôle de passeurs entre des organisations dont les cultures diffèrent, des experts sur les déterminants sociaux de la santé et des intervenants chiens de garde de la participation citoyenne (Lachapelle, Bourque et Foisy, 2009).

Les OC sont capables de soutenir des démarches qui permettent un arrimage entre les objectifs établis par la santé publique et les enjeux locaux définis par les partenaires des CSSS. Ils doivent pour ce faire intervenir non pas comme des promoteurs ou des agents de programme, mais comme des médiateurs. Certains partenaires rencontrés dans notre recherche vont en ce sens en les décrivant comme « des catalyseurs, des facilitateurs et des intégrateurs » dans les rapports locaux entre les partenaires et les responsables de la santé publique. À l'échelle locale, la responsabilité populationnelle des CSSS en santé publique devrait se traduire par la mise en œuvre de l'expertise développée dans les CLSC où le rôle d'interface des OC favorisait des rapports de partenariat qui n'étaient pas qu'organisationnels, mais comportaient une bonne dose de complicité.

## **6. Ouvrir un espace de dialogue entre la santé publique et l'organisation communautaire**

La recherche a mis en lumière des rapports souvent polarisés entre les DRSP et les OC. Ces tensions ne résultent pas tant de mauvaises relations interpersonnelles entre les agents de la santé publique et les OC – les entrevues démontrent au contraire des relations harmonieuses –, que de positions praxéologiques<sup>10</sup> difficilement réconciliables dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des PAL. Il en va de même quant à la définition du développement des communautés trop souvent organisé autour d'un programme (approche descendante) sur des enjeux sectoriels (jeunesse, petite enfance, sécurité alimentaire) qui n'ont, au point de départ, ni un caractère de développement local ni ne touchent des enjeux transversaux à plusieurs programmes.

Les agents des DRSP expriment des appréciations plutôt négatives envers les OC dont ils interprètent les réticences comme une résistance à une perte de pouvoir sur les communautés. Du côté des OC, sans nier qu'il y a bien effectivement un sentiment de perte de la position privilégiée qu'ils occupaient dans les relations entre le milieu et le CLSC, c'est la priorité accordée à la réalité et aux enjeux des communautés par rapport aux programmes qui entraîne une position assez répandue de méfiance à l'égard de la Santé publique. Ils estiment que les programmes et les interventions expertes atterrissent dans les communautés sans suffisamment d'égard aux particularités locales ni à une intersectorialité déjà réalisée. Ils perçoivent aussi un écart entre le discours des agents des DRSP qui surestime le caractère participatif et partenarial des PAL et des RLS en santé publique, alors que les partenaires, tout en disant estimer la contribution des agents des DRSP, ne partagent pas leur enthousiasme quant aux possibilités de participation dans ces démarches.

Compte tenu de la responsabilité locale des CSSS en santé publique et de leur position d'interface avec les communautés, ils peuvent contribuer à débloquent la polarisation observée. Outre le développement de mécanismes de communication interne entre les directions et les OC, ils sont en position de soutenir l'ouverture d'un espace de dialogue entre les DRSP et les OC. Au moment même où nous avons mené notre enquête (2009), la DRSP de Montréal et le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire (RQIIAC) de la région de Montréal ont expérimenté une rencontre dans le contexte où un cadre de référence en développement des communautés était en processus d'élaboration par la santé publique. Une série d'articles publiés à cette occasion dans *Interaction communautaire* (no.81) et des développements récents illustrent

---

<sup>10</sup> « Ce courant d'analyse des pratiques professionnelles, dont l'audience est relativement forte chez les praticiens et praticiennes, pose la capacité réflexive au cœur d'une méthode pour augmenter l'efficacité des pratiques professionnelles. » (Yves Couturier, 2000 : 137).

qu'une stratégie de dialogue n'irait pas sans embûches, mais que des progrès sont possibles.

En mars 2009, les OC de la région ont en effet été invités par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal à une rencontre d'échange relative au *Cadre de référence pour soutenir l'intégration du Développement des communautés* dans le PAR et les PAL (DSP-ASSSM, 2009). Même s'il y a consensus pour constater l'écart entre les positions de la santé publique et les OC, l'événement a donné lieu à des lectures contrastées.

Certains OC y ont vu une tentative de la DRSP pour « voir comment les intervenants que nous sommes s'inscrivent là-dedans », ce qui comporte le risque d'une dérive : demander aux OC de n'être « que des applicateurs de programmes » alors que ce qu'ils font « relève d'une logique qui est différente de celle de la Santé publique » (Séguin, 2009). En développement des communautés « les CSSS et les communautés locales sont vus comme devant se joindre à la SP » (Dessureault *et al.*, 2009 : 17). Pour prendre en compte le point de vue citoyen, la santé publique demanderait « que cela soit scientifiquement documenté par les experts engagés par elle » (Idem : 16-17).

D'autres ont vu l'événement plutôt comme « la rencontre d'une logique descendante avec la logique ascendante de notre pratique » (Fournier *et al.*, 2009 : 10), ouvrant ainsi la porte au « développement d'une vision commune ainsi qu'un meilleur positionnement du développement des communautés en CSSS » de même qu'à une reconnaissance de « l'expérience et de l'expertise des organisateurs communautaires » et de « la spécificité des milieux » (Idem : 11). La rencontre a notamment permis l'identification claire de contraintes imposées au développement des communautés par la création des CSSS et par certaines modalités d'action de la santé publique. On a aussi nommé les menaces que constituent des indicateurs inappropriés de développement des communautés et la multiplication des programmes de santé publique (Idem : 12). En fait, la rencontre aurait permis de voir qu'« il y a une réconciliation possible s'il y a une marge de manœuvre et une médiation » entre la santé publique et les OC « dans la réalité de l'action » et si l'on sait éviter l'écueil de « la standardisation des pratiques, appliquées "mur à mur" avec, parfois, une technocratie redoutable. » (Vincent, 2009 : 19)

Le président du RQIIAC, Jacques Laverdière, campe bien sur quel horizon il faut inscrire cette polarisation à l'égard des attentes de collaboration exprimées par la santé publique : « Le contexte particulier dans lequel a évolué l'organisation communautaire, depuis le début des années 2000, est assez troublant pour ne pas ressentir parfois certains chocs de confiance face à ces appels de partenariat » (Laverdière, 2009 : 15). L'un des griefs des OC c'est l'absence de reconnaissance de la part de la santé publique que « le développement des communautés est une façon de nommer ce qui depuis près de 40 ans

est le sens et le fondement même de l'organisation communautaire : la prise en charge par les communautés de leurs conditions de santé et de bien-être, le développement du pouvoir d'agir au sein d'un même territoire local! » (Idem).

L'expérience de la journée d'échange montréalaise a confirmé « une méfiance de certains OC envers la DSP et sa logique » tout en mettant en évidence « que pour plusieurs autres, nous ne sommes plus dans une confrontation de logique mais dans une négociation, dans une volonté de co-construction » (Fournier *et al.* : 14). Il est intéressant de constater, une année plus tard, que l'évènement semble avoir effectivement créé une ouverture. La DRSP de Montréal travaille sur un document intitulé *Pour l'élaboration concertée CSSS/DSP de soutien au développement des communautés* (Mongeon, 2009) qui comporte, selon Gilles Beauchamp, des éléments qui pourraient « constituer l'amorce d'une communauté de pratiques des professionnels et permanents du développement des communautés locales » (<http://www.gillesenvrac.ca/carnet/2010/02/strategie-de-dc/#more-3147>). Par rapport au projet de cadre de référence en développement des communautés que la DRSP de Montréal avait produit, ce nouveau document « reconnaît que la complexité du système de santé publique, la gouverne du réseau actuel, l'autonomie des acteurs en présence exigent un *partenariat volontaire, dynamique et respectueux* » et ouvre des possibilités de soutien de la DRSP à « un partage des expertises et des compétences accumulées » (Beauchamp, 2010).

Reste à mettre en place les conditions d'une telle ouverture. Il ne suffit pas de bonnes volontés de part et d'autre. Il faudra des changements dans les positions de principes mises de l'avant de part et d'autre qui ont pour conséquence de maintenir l'écart entre une approche experte des milieux et une expertise provenant des milieux, entre le manque de considération des rapports de pouvoir asymétriques et le parti-pris de soutenir les laissés-pour-compte. La perspective d'une communauté de pratique de l'ensemble des intervenantes et intervenants professionnels en soutien du développement local constitue une piste pour ouvrir un nouvel espace de réflexion collective sur les exigences de la rencontre des logiques descendantes des institutions publiques et des logiques ascendantes des collectivités locales. Elle comporte cependant de lourdes exigences d'ouverture mutuelle pour tous les protagonistes. Les agents de la santé publique doivent manifester qu'ils sont disposés à soumettre leurs interventions aux impératifs d'intégration aux dynamiques locales, ce qui représente une ouverture des règles de définition de la valeur probante de nombreux programmes. Les OC ont l'obligation d'ajuster la définition de leurs pratiques, d'une part, à la nouvelle conjoncture des CSSS et à leur mission de locale de santé publique, et, d'autre part, au contexte de communautés locales où ils ne sont plus les seuls intervenants à soutenir l'action des communautés.



## EN GUISE DE CONCLUSION

Dans les régions où nous avons fait notre collecte de données, nous avons observé trois types de suivi aux démarches des PAL :

- un suivi structuré dans le cadre d'un comité intersectoriel de développement social réunissant, sous le leadership du CSSS, un large spectre de partenaires concernés sur une base formelle et pérenne;
- une suite ponctuelle dans le cadre de journées de santé publique réunissant, à l'initiative du CSSS, les partenaires pour délibérer des enjeux du milieu;
- une suite limitée à une mise en œuvre à l'interne du CSSS.

Ces formules s'inscrivent sur une échelle décroissante de participation des partenaires. Compte tenu des limites de notre échantillon, on peut se demander si elles ont cours dans d'autres régions du Québec que celles où nous avons mené notre enquête et s'il y a d'autres formules associant les partenaires aux démarches des PAL.

Une enquête large pour le vérifier permettrait de prendre la mesure de nos constats, qui ne peuvent être généralisés à l'ensemble du Québec, à l'effet que les pratiques observées dans le cadre de nos trois RLS de santé publique sont assez peu participatives. L'évolution des structures des CSSS, notamment l'adoption de cadres de référence locaux en organisation communautaire, aura peut-être aussi permis d'amorcer une clarification de la contribution des OC aux programmes de santé publique. Il serait intéressant enfin de chercher des expériences où la collaboration des OC et des agents de la DRSP sont plus positives.

À la question de savoir si les CSSS de notre échantillon ont été en mesure de donner à la santé publique une dimension participative et d'enrichir ainsi un domaine de pratique d'abord conçu comme expert et prescriptif, le tableau 3 nous incite à donner une réponse plutôt négative.

Au moment de notre enquête la volonté de l'État que la santé publique devienne une responsabilité des établissements qui assument une mission de CLSC se déploie dans un contexte qui ne lui est pas optimal : l'ouverture au pluralisme institutionnel est au mieux relative et la relation de pouvoir entre les partenaires est généralement asymétrique. La Santé publique demeure une institution qui tient le haut du pavé dans la définition des cibles des PAL et une position ascendante, voire de contrôle dans les démarches locales pour établir des rapports de partenariat. Les savoir-faire locaux sont relativement peu utilisés pour favoriser une évolution plus participative de ces processus même si la combinaison complexe de choix régionaux et locaux donne des résultats évalués positivement par des partenaires de la région B.

Tableau 3 – Sommaire d’analyse selon la typologie de Coston adaptée par Proulx, Bourque et Savard (2007)

|                       | Ouverture au pluralisme institutionnel   | Formalisme des relations CSSS – partenaires externes                    | Relation de pouvoir (élaboration, contenus et processus)   | Type de relation identifiée  | Facteurs régionaux   |
|-----------------------|--|---|--|--|--|
| CSSS de la région B   | Relative   | Formelles   | Asymétrie d’initiative et symétrie dans le processus   | Coconstruction en développement social   | Leadership du CSSS offrant une latitude relative par rapport à la DRSP |
| CSSS de la région A   | Relative   | Informelles   | Asymétrie  | Supplémentarité dans plusieurs volets  | Démarche de contrôle de la DRSP  |
| CLSC X de la région A | Oui/Non  | Formelles/Informelles   | Asymétrie  | Coexistence  |  |
| CLSC Y de la région A | Non  | Informelles   | Asymétrie  |  |  |
|                       | Les partenaires ont tout au plus une <b>influence sur les priorités</b> dans les <b>cibles identifiées par l’institution</b> | <b>Suivis à géométrie variable</b> en dehors du processus d’élaboration | <b>Approche descendante</b> :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• → le CSSS a toujours la <b>maîtrise</b> par rapport aux partenaires externes</li> <li>• → Les DRSP ont toujours la <b>maîtrise</b> par rapport aux CSSS</li> </ul> | L’absence ou la quasi absence d’ententes de service initiées par les CSSS explique l’ <b>absence</b> de la relation de <b>sous-traitance</b> |  |

En bout de ligne, on ne peut considérer qu’au moment où nous avons mené notre recherche, la santé publique des territoires étudiés avait réussi à développer des pratiques conséquentes avec un choix de promotion de la santé misant sur la stratégie du développement des communautés dans le cadre des PAL en santé publique. Plusieurs facteurs historiques dont la méconnaissance des pratiques communautaires des CLSC, et épistémologiques quant à la conception des données probantes en action communautaire, rendent complexe un rapprochement entre les agents de la santé publique, les partenaires du milieu, et les OC des CSSS qui sont des professionnels de l’intervention dans les communautés. De part et d’autres, les positions praxéologiques doivent évoluer, ce qui pourrait être en voie de se réaliser dans certaines démarches de collaboration régionale entre les agents de la DRSP et les OC des CSSS.



## Annexe

### GUIDE D'ENTREVUE

#### **Présentation**

- Remerciements
- Présentation du contexte et des objectifs de la recherche

Examiner les nouvelles formes de partenariat entre le réseau public et les organismes communautaires qui prennent forme suite à l'adoption par l'Assemblée nationale (2003) du projet de loi 25 (Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux). Les objectifs de la recherche sont les suivants :

1. Identifier les processus de structuration et les dynamiques de fonctionnement de trois réseaux locaux de services (RLS).
2. Identifier les effets des RLS au niveau des services et des acteurs impliqués en regard d'un programme particulier soit celui de santé publique.
3. Analyser les pratiques de concertation et de partenariat à l'étude.

Ces trois objectifs sont orientés vers les conditions d'émergence et de structuration des nouveaux partenariats reliés aux RLS ainsi que sur les configurations organisationnelles qu'ils comportent.

Nous cherchons à décrire l'impact de la réforme sur les relations entre organismes, CSSS, agence régionale et sur les actions et les enjeux en santé publique.

#### **Questions**

##### **Identification**

1. Quel est votre titre ou fonction ?

##### **Élaboration du PAL**

2. Pouvez-vous me décrire la démarche d'élaboration du Plan d'action local (PAL) en santé publique (2003-2008) ?
3. Dans quelle mesure votre PAL a-t-il été influencé par le PAR ?

##### **Mise en œuvre et suivi du PAL**

4. Un RLS en santé publique a-t-il été mis en place ?
5. À votre connaissance, la mise en œuvre du PAL a-t-elle menée à la mise en place d'ententes de services entre les organismes et le CSSS ?
6. Depuis la création des CSSS comment avez-vous adapté les PAL des CLSC vers un PAL global CSSS ? Quel a été le processus de prise de décision pour y arriver ?

##### **Rôle et contribution des acteurs**

7. Selon vous, quel a été votre rôle dans ce processus (élaboration et mise en œuvre du PAL) ?
8. Quel a été le rôle des autres acteurs au cours de la démarche ?

- a. L'Agence (DSP) ?
- b. Les cadres ?
- c. Les organisateurs communautaires
- d. Les partenaires (communautaires ou publics)

**Partenariat et action concertée**

- 9. Quelles étaient les formes de collaboration précédant l'avènement des CSSS et des RLS? Quelles sont les formes de collaborations actuelles ?
- 10. Les rapports entre le local et le régional ont-ils été modifiés ?
- 11. Les CSSS (et les RLS) sont maintenant en place depuis quelque temps. Quelle évaluation (forces/faiblesses, défis/opportunités) faites-vous du réseau local en santé publique ?
- 12. Selon vous, quels sont les moyens à mettre en place pour relever ces défis ou pour surmonter ces obstacles ?

**Perspectives d'avenir**

- 13. À la lumière de votre expérience lors de l'élaboration et la mise en œuvre du PAL (2003-2008), quelles sont vos attentes par rapport à l'élaboration et la mise en œuvre du PAL 2008-2012 ?

**Autres**

- 14. Avez-vous d'autres éléments à ajouter ? Un aspect de votre pratique de concertation en santé publique que nous n'aurions pas abordé ?
- 15. Avez-vous des questions ?

Merci de votre contribution.

---

**Sources documentaires :**

- documents descriptifs des acteurs impliqués dans les RLS :
  - o rapports annuels
  - o politiques administratives relatives au partenariat
- documents relatifs aux RLS :
  - o procès-verbaux
  - o règlements de fonctionnement
  - o protocoles et ententes de service
- documents relatifs aux programmes de santé publique :
  - o plan d'action régional (PAR)
  - o plan d'action local (PAL)

**Infos complémentaires :**

- le milieu (caractéristiques socio-économiques)
- dimension du CSSS (budget, nombre d'employés, historique de fusion avec d'autres établissements)
- nombre d'organismes communautaires sur le territoire et l'historique de leur développement
- formes instituées du partenariat dans le cadre des RLS

## BIBLIOGRAPHIE

Beauchamp Gilles (2010). « Stratégie de DC pour les CSSS/DSP », *Gilles en vrac...*, [www.gillesenvrac.ca/carnet/2010/02/strategie-de-dc/](http://www.gillesenvrac.ca/carnet/2010/02/strategie-de-dc/) consulté le 2010-02-22, 2p.

Bélanger, P.R. et B. Lévesque (1988). « Une forme mouvementée de gestion du social: les C.L.S.C. » dans *Revue internationale d'action communautaire*, 19/59, p. 49-64.

Bilodeau, A., D. Allard, D. Francoeur et P. Chabot (2004). « L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, 50-65.

Blondiaux Loïc, Yves Sintomer (2002). « L'impératif délibératif », *Politix*, vol. 15 no. 57, Premier trimestre, pp.17-35

Bourque, Denis (1997). « Trajectoire de l'organisation communautaire professionnelle » *Nouvelles pratiques sociales*, vol.10, n° 1, p. 59-70.

Bourque, D. (coll. Joëlle Moisan-Trahan) (2006). *Ententes de service et nouveau partenariat public/communautaire : quatre études de cas*, Cahier du CÉRIS, Série Recherches n° 41, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, (coédition CÉRIS et LAREPPS), 67 pages.

Bourque Denis (2008a). « Le CSSS de la Montagne fait fausse route », *Interaction communautaire*, no 77, Hiver-Printemps 2008, p. 8-9.

Bourque Denis (2008b). *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*, Québec, collection Initiatives, Presses de l'Université du Québec, 142 pages.

Bourque, D., Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.), (2007). *Organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 534 pages.

Bourque Denis et René Lachapelle (2007). « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire » in Bourque, D., Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.), (2007). *Organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p.101-117

Bourque Denis et René Lachapelle (2010). *Service public, participation et citoyenneté, L'organisation communautaire en CSSS*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 165p.

Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires. Rapport de recherche*, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier no 1004, 175 pages.

Caillouette, J., Boyer, G., Dallaire, N., Garon, S., Ellyson, A. (2009). «Territorialité, action publique locale et développement des communautés», *Économie et Solidarités*, Volume 38, no 1, p. 8-23.

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (2010), « *Qu'est-ce qui constitue une donnée probante?* » *Une perspective philosophique*, Compte-rendu de conférence atelier d'été des CCNSP « Tout éclaircir », Baddeck, Nouvelle-Écosse, 20-23 août 2007, CCNPS – INSPQ, 8 pages.

Comeau Yvan (2000). *Grille de collecte et de catégorisation des données pour l'étude d'activités de l'économie sociale*, Cahiers du CRISES, Collection Études théoriques no.ET9605, mars, 20p.

Comeau, Y. et al. (2008). *L'organisation communautaire en mutation, Étude sur la structuration d'une profession du social*, Presses de l'Université Laval, 194 pages

Comeau, Y. et M. St-Onge (2008). « Des recherches et essais sur l'organisation communautaire contemporaine », *Service social*, vol. 54, n° 1, 2008, p. 1-5

Coston, J. M. (1998). "A Model and Typology of Government-NGO Relationships", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 27, n° 3, 358-382.

Couturier Yves (2000). « L'inflation réflexive dans le courant praxéologique : indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.13 no.1, p.137-152

Dessureault Suzanne, Manuel Penafiel et Jean-Marc Séguin (2009). « Un effet de soumission librement consentie », *Interaction communautaire*, no.81, printemps-été, p.16-17

Direction de santé publique – Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP-ASSSM 2009), *Cadre de référence pour soutenir l'intégration du Développement des communautés*, Document de consultation, version mise à jour du 12 janvier, 36p.

Doré, G. (1985). « L'organisation communautaire: définition et paradigme », dans *Service social*, Vol.34, no°.2-3, p. 210-230

Doucet Laval et Louis Favreau Éd. (1991). *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Presses de l'Université du Québec, 468 pages

Ellyson Alex et Denis Bourque (2008). « Projets cliniques territoriaux des CSSS et participation des acteurs de la société civile », *Organisations et territoires*, vol.17 no.2, p.73-82

Evers, A., Laville, J.-L. (dir.) (2004). *The Third Sector in Europe*, Cheltenham, UK, Edward Elgar Publishing, 266 pages.

Favreau Louis et Yves Hurtubise (1993). *CLSC et communautés locales, La contribution de l'organisation communautaire*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 211 pages

FCLSCQ (1991). *Document de réflexion numéro 3, L'action communautaire*, 46 pages.

FCLSCQ (1994). *Pratiques d'action communautaire en CLSC, document de réflexion*, 92 pages.

Fournier Josée, Johanne Rheault et Karine Leducq (2009). « Rencontre d'échanges entre la table régionale de santé publique de Montréal et les organisateurs communautaires en CSSS », *Interaction communautaire*, no.81, printemps-été, p.10-14

Green Lawrence W. (2001), "From Research to "Best Practices" in Other Settings and Populations", *American Journal Health Behaviour*, vol.25 no.3, pp.165-178

Gulati, P. et G. Guest (1990). «The Community-Centered Model: A Garden-Variety Approach or a Radical Transformation of Community Practice? » dans *Social Work*, Janvier, p. 63-68

Hurtubise, Y., Beauchamp, G., Favreau, L. et D. Fournier (1989). *Pratiques d'organisation et de travail communautaires en CLSC*, RQIIAC, 92 pages

Lachapelle, R. (sous la direction de) (2003). *L'organisation communautaire en CLSC, Cadre référence et pratiques*, Les Presses de l'Université Laval, 293 pages

Lachapelle, R. et D. Bourque (2007). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programme de santé publique, Rapport de recherche*, ARUC-ISDC – RQIIAC, documentation et diffusion n° 5, décembre, 91p. (<http://www.uqo.ca/observer/>)

Lachapelle René, Denis Bourque et Dominic Foisy (2009). *Apports de l'organisation communautaire en CSSS aux nouvelles infrastructures communautaires de développement des communautés*, Rapport de recherche, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire – UQO, Cahier no.0902, mars, 63p.

Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin.

Lamoureux, H., J. Lavoie, R. Mayer et J. Panet-Raymond (2008). *La pratique de l'action communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 548 pages

Laverdière Jacques (2009). « Le développement des communautés : un concept qui ne doit pas nous laisser indifférents! », *Interaction communautaire*, no.81, printemps-été, p.15-16

Lecompte Yves (2003). « Développer de meilleures pratiques », *Santé mentale au Québec*, vol.28 no.1, p.9-36

Mayer Robert et Francine Ouellet (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Gaëtan Morin Éditeur, 537p.

Mongeon Michel (sous la direction de) (2009). *Pour l'élaboration d'une stratégie concertée CSSS/DSP de soutien au développement des communautés*, Document de réflexion produit sous l'égide de la Table régionale de santé publique, Version de travail du 18 décembre 2009, 39p.( <http://www.gillesenvrac.ca/carnet/2010/02/strategie-de-dc/#more-3147>)

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique, 133p.

MSSS (2004a). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 pages.

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 (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*, Direction générale de la santé publique, 103p.

Nadeau Louise (2003). « Le processus d'élaboration des lignes directrices pour de meilleures pratiques : l'exemple des troubles concomitants de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie », *Santé mentale au Québec*, vol.28 no.1, p.37-63

OMS - Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, texte intégral*, 2p.

O'Neill Michel (2003). « Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? », *Soz. Präventivmed*, no.48, p.317-326

Pampalon Robert, Mathieu Philibert et Denis Hamel (2004), « Inégalités sociales et services de proximité au Québec : Développement d'un système d'évaluation issu d'une collaboration entre chercheurs et intervenants », *Santé, société et solidarité – Inégalités sociales de santé*, Revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, République française – Québec, no.2 2004, p.73-88

Proulx, J., Bourque, D., Savard S. (2007). « Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec : essai autour d'une typologie », *Intervention*, no.126, juin, pp.20-30

Proulx, J., Bourque, D., Savard S. (2005). *Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec*, Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série Recherches no 39, Université du Québec en Outaouais, 78 pages.

Québec (2001). *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Politique gouvernementale, septembre, 60 pages. Québec (2003), *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, chapitre 21, Sanctionné le 18 décembre, Éditeur officiel du Québec

Québec (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Santé et Services sociaux Québec, 133p.

Québec (2007). *Loi sur la santé publique*, LRQ, chapitre S-2.2

Québec (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Santé et Services sociaux Québec, 103 pages

Robitaille, M. (2006). « La transformation des métiers du développement territorial au Québec », *Recherches sociographiques*, vol. XLVII, 3, 2006, p. 573-595.

Rochette Marie (2008). *Pistes d'action et stratégies 2007-2012. Pour la mise en œuvre des recommandations de la TCNSP au regard des besoins de soutien en développement des communautés*, Colloque Communautés en action, Direction de la promotion de la santé et du bien-être, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 36 diapositives.

RQIIAC (2010). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS. Cadre de référence du RQIIAC*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 158p.

Séguin Jean-Marc (2009). « 16 mars : une rencontre qui a du sens... », *Interaction communautaire*, no.81, printemps-été, p.9

Vaillancourt, Y. (1997). *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé. Rôle de l'État, du marché, de l'économie sociale, et du secteur informel*, Cahier de recherche n° 97-05 avec la collaboration de JETTÉ, C., Montréal, LAREPPS, UQAM, 302 pages.

VAILLANCOURT, Y. (2004). *Le développement social : un enjeu fondamental pour le bien-être des communautés*, communication faite dans le cadre du colloque sur « Le développement des communautés et l'économie sociale à l'heure de la reconfiguration de l'État : enjeux et perspectives pour le développement social, Université du Québec à Chicoutimi, 28-29 octobre, 10 pages.

Vincent Marcel (2009). « Les bottine vont-elles suivre les babines...? », *Interaction communautaire*, no.81, printemps-été, p.18-19