

Volume 13, numéro 4 • HIVER 2017-2018

# LE POINT



## EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

En partenariat avec



[www.lepointensante.com](http://www.lepointensante.com)

La revue au service du réseau de la santé

# Les organismes communautaires

... partenaires ou  
sous-traitants ?

L'intervention  
collective

L'apport du  
communautaire  
sur les plans humain  
et monétaire

Les réformes  
et leurs impacts  
sur les  
communautés

Le communautaire  
et le public : mieux  
se connaître pour  
mieux se comprendre



Salon d'exposition  
Colloque et ateliers

29 novembre  
2018

Centrexpo Cogeco  
Drummondville

## Informatique Santé

présenté par

LE  
POINT en santé  
et services  
sociaux

[www.lepointensante.com](http://www.lepointensante.com)



**UNIVERSITÉ INTERNATIONALE D'ÉTÉ EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE  
TROIS-RIVIÈRES, QUÉBEC, CANADA**

# **SE CONNAÎTRE, S'INSPIRER, INNOVER, RAYONNER**

**DU 14 AU 17 MAI 2018**

[www.uiedi.org](http://www.uiedi.org)

# SOMMAIRE

Vol. 13, n° 4 – HIVER 2017-2018

## LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

### ÉDITORIAL

#### 5 Ce qu'on mérite...

YVAN ROY, cadre supérieur retraité du RSSS – Responsable du PSOC Saguenay—Lac-Saint-Jean de 2010 à 2015

### EXPÉRIENCES

#### 8 Vers une coconstruction des services avec les organismes communautaires

ISABELLE BARRETTE, directrice générale adjointe CISSS de Chaudière-Appalaches

BRIGITTE LAFLAMME, directrice adjointe, Services professionnels Cancérologie Soins palliatifs et de fin de vie, CISSS de Chaudière-Appalaches

#### 12 L'apport du communautaire : un actif pour aujourd'hui, un héritage pour demain

KARINE BOVIN FORCIER, conseillère à la promotion et prévention en santé mentale, Association canadienne pour la santé mentale - Saguenay

CYNTHIA TARDIF, directrice générale, Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale, Saguenay-Lac-Saint-Jean 02

#### 14 Cinq règles d'engagement pour mettre à profit des savoirs-clés dans un RLS

RENÉ LACHAPPELLE, auxiliaire de recherche Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, UQO

JULIEN MICHAUD, coach et enseignant en gestion Université de Montréal

#### 21 L'intervention collective, un levier communautaire pour soutenir la population

STÉPHANIE FATOU COURCY-LEGROS, présidente RQIIAC – organisatrice communautaire CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

FRANÇOIS LAMY, doctorant, École de santé publique – Chargé de cours, Université de Montréal

#### 24 Le communautaire et le public : mieux se connaître pour mieux se comprendre

CAROL GRAVEL, coordonnateur recherche, qualité et connaissances, Centre de prévention du suicide 02

LILI SIMARD, directrice générale Centre de Rétablissement le Renfort, Alma

#### 34 Une nouvelle vocation pour l'église du quartier

FRANÇOIS SOUCISSE, organisateur communautaire CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

#### 38 RSSS/organismes communautaires dans un contexte de tragédie

MONIQUE PHÉRIVONG LENOIR, directrice générale CDC du Granit

JANOT GOSSSELIN, organisateur communautaire CIUSSS de l'Estrie-CHUS, installation CSSS du Granit

### TRIBUNES

#### 18 Les organismes communautaires : partenaires ou sous-traitants ?

RENÉ LACHAPPELLE, auxiliaire de recherche Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, UQO

#### 29 La loi 10 et sa réforme : un frein à l'approche locale et concertée en santé globale

MARC-ANDRÉ MORENCY, agent de développement

EVE-ISABELLE CHEVRIER, directrice générale Table nationale des Corporations de développement communautaire (TNDC)

### CAPSULE D'INFORMATION

#### 27 Révision du cadre de référence sur le partenariat

LYNE DUQUETTE, agente planification, programmation, recherche, Service régional des activités communautaires et de l'itinérance CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### ANALYSE

#### 41 Les organismes philanthropiques : les grands « oubliés » du communautaire en santé et services sociaux

MARIE-CLAUDE LAFLEUR, consultante en gestion, communication et droit de la santé – chargée de cours, Affaires publiques et développement des OBNL, Université de Montréal



## Notre mission

*Le Point en santé et services sociaux* a pour mission de mettre à la disposition des intervenants et des intervenantes du milieu les outils appropriés et les informations pertinentes leur permettant d'enrichir leurs compétences et leur épanouissement professionnel.

*Le Point en santé et services sociaux* est un organisme sans but lucratif.

## DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

### L'utilisation des données pour une prise de décision éclairée

Volume 14, n° 1 – PRINTEMPS 2018

Cette édition de la revue souhaite proposer une meilleure utilisation des données et des connaissances pour et par les gestionnaires du milieu de la santé et des services sociaux en fournissant aux lecteurs les fondements et expériences nécessaires en ce sens pour une prise de décision éclairée.

Ce numéro veut offrir aux lecteurs une meilleure compréhension des enjeux liés à l'utilisation des données en gestion — contribuer à mieux identifier les défis liés à l'accès aux données (à qui s'adresser; délai d'accès) — permettre de mieux saisir quelles sont les différentes sources de données disponibles et l'adéquation avec les besoins à combler ou les décisions à prendre, notamment en termes de sources et traitement des données. Il souhaite également contribuer à une meilleure utilisation des différents types de données disponibles, qu'elles soient populationnelles, de performance et évaluation d'impacts, financières, liées aux ressources humaines ou cliniques, voire qualitatives, quantitatives ou probantes.

En somme, l'objectif de ce numéro est de proposer aux gestionnaires du réseau un coffre-à-outils-des-décideurs permettant une utilisation de données fiable et de qualité pour aider et améliorer la prise de décision. Nous espérons que cela contribue à une meilleure perception de l'utilité et des particularités des données qui leur sont accessibles, à une identification plus juste des implications, enjeux et répercussions liés à leur utilisation, tout en tenant compte de leur portée et de leurs limites.

## LA SUITE DU VOLUME 14

- *Conjuguer qualité et performance* – LA RENTRÉE 2018
- *Le gestionnaire et l'art de la reconnaissance* – AUTOMNE 2018

En partenariat avec



**Éditeur** NORMAND BOUCHARD  
**Coordination à l'édition** SUZANNE PERRON

**Comité éditorial**  
**Présidente**

ANNICK LAVOIE  
Directrice générale  
Association des établissements privés  
conventionnés – santé et services sociaux (AEPIC)

**Membres**

ANNIE CHAREST  
Conseillère en formation, accueil et intégration  
Association des gestionnaires des établissements  
de santé et de services sociaux (AGESSS)

LIETTE LAPOINTE  
Vice-doyenne, Programmes de 1<sup>er</sup> cycle  
Professeure agrégée, Faculté de gestion  
Desautels, Université McGill

DANIEL LA ROCHE  
Directeur évaluation, qualité, éthique  
et affaires institutionnelles  
CHU de Québec-Université Laval

ANNE LAUZON  
Consultante

DORIS LEVASSEUR BOURBEAU, présidente  
Ordre professionnel des technologistes  
médicaux du Québec

LUC MATHIEU, professeur titulaire  
École des sciences infirmières  
Faculté de médecine et des sciences de la santé  
Université de Sherbrooke

JULIEN MICHAUD  
Coach en gestion/enseignant  
École de service social & Département de gestion,  
d'évaluation et de politique de santé  
École de santé publique, Université de Montréal

PIERRE PAUL MILETTE  
Directeur général adjoint  
Santé physique générale et spécialisée  
Directeur des services multidisciplinaires  
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D<sup>re</sup> MICHÈLE PELLETIER  
Consultante

D<sup>r</sup> GILLES PINEAU  
Consultant en santé

ANDRÉ PRÉVOST  
Chargé de cours, Université Laval et UQAR

YVAN ROY  
Cadre supérieur, retraité du réseau  
de la santé et des services sociaux

**Comité de lecture**

ANNIE CHAREST, DORIS LEVASSEUR  
BOURBEAU, MICHÈLE PELLETIER, YVAN ROY

**Collaboration à la présente édition**

ISABELLE BARRETTE, KARINE BOIVIN FORCIER,  
EVE-ISABELLE CHEVRIER, STÉPHANIE FATOU  
COURCY-LEGROS, LYNE DUQUETTE,  
JANOT GOSSELIN, CAROL GRAVEL, RENÉ  
LACHAPPELLE, BRIGITTE LAFLAMME,  
MARIE-CLAUDE LAFLEUR, FRANÇOIS LAMY,  
JULIEN MICHAUD, MARC-ANDRÉ MORENCY,  
MONIQUE PHÉRIVONG LENOIR, YVAN ROY,  
LILI SIMARD, FRANÇOIS SOUCISSE,  
CYNTHIA TARDIF

**Ventes**

ANDRÉ FALARDEAU  
514 277-4544, poste 239  
afalardeau@lepointensante.com

MARTIN LAVERDURE  
514 239-9629  
martin@laverdure-marketing.com

**Développement et projets spéciaux**

CHRISTIAN GRENIER  
514 277-4544, poste 233  
cgrenier@lepointensante.com

**Service à la clientèle et abonnement**

MICHEL GAGNON  
514 277-4544, poste 229  
1 888 832-3031, poste 229  
michelg@prodtgv.com

**Révision linguistique et correction d'épreuves**  
SUZANNE PERRON

**Graphisme**  
DENISE DU PAUL

**Impression** PUBLICATIONS 9417

**Abonnements**

Au Canada : 1 an (4 numéros) = 49,95 \$,  
2 ans (8 numéros) = 69,95 \$, un numéro, 14,95 \$,  
plus les taxes qui s'appliquent à ces tarifs.

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN 1911-7221

Retourner toute correspondance ne pouvant  
être livrée au Canada à :

1360, avenue de la Gare, 2<sup>e</sup> étage  
Mascouche (Québec), Canada J7K 2Z2  
Tél. : 514 277-4544, poste 234  
1 888 832-3031 poste 234 Téléc. : 514 277-4970  
nathalie.brochu@leseditionsdupoint.com  
www.lepointensante.com

**Tous droits réservés. Le contenu de la revue,  
en tout ou en partie, ne peut être reproduit sans  
autorisation de l'éditeur.**

**Indexé dans REPÈRE**



YVAN ROY

Cadre supérieur retraité du réseau santé et services sociaux  
Responsable du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) au Saguenay—Lac-Saint-Jean de 2010 à 2015

Le gouvernement annonce que 80 millions \$ seront ajoutés au PSOC... d'ici 2022.

Les syndicats de médecins sont assurés d'obtenir 5,2 milliards \$ d'augmentation de revenus d'ici 2022.

# CE QU'ON MÉRITE...

En mai 2013, l'Assemblée nationale adoptait à l'unanimité une motion demandant au gouvernement de rehausser le financement des organismes d'action communautaire autonome en santé et services sociaux. En octobre de la même année, le gouvernement promettait que le financement de la mission globale des organismes communautaires (OC) autonomes serait rehaussé de 162 millions \$ entre 2014 et 2017, ce qui correspondait à une hausse de 120 millions \$ de l'enveloppe du *Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)* pour 2017.

Porté au pouvoir en avril 2014, le gouvernement libéral annulait cette promesse dans la foulée de sa politique générale d'austérité.

En juin 2017, à un peu plus d'un an de l'échéance électorale d'octobre 2018, le gouvernement annonce que 80 millions \$ seront ajoutés au PSOC... d'ici 2022. Toutefois, ceux qui ont analysé plus finement les détails de cette récente promesse en viennent à la conclusion qu'il s'agirait plutôt d'un investissement réel supplémentaire bien moindre, soit 25 millions \$, d'ici 2022<sup>(1)</sup>... une autre année électorale !

Pourtant, en dépit de cette politique d'austérité libérale, les syndicats de médecins — Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) — sont assurés d'obtenir 5,2 milliards \$ d'augmentation de revenus d'ici 2022. Pour bien comprendre l'importance de cette hausse dans le contexte québécois, soulignons que les salaires moyens au Québec ont connu une hausse de 27 % dans la décennie 2004-2014; celui des médecins, durant la même période, 63 %<sup>(2)</sup>.

Mais, en l'An 2022, où en seront les OC et les autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ? Les OC peuvent se croiser les doigts et espérer qu'un futur gouvernement, peu importe sa couleur politique, respecte minimalement cette promesse d'une hausse de 80 ou 25 millions \$. Tout comme les usagers des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) auxquels le ministre a consenti (septembre 2017) le budget pour un second bain hebdomadaire... après trois années de refus systématique.

Ce même gouvernement qui vient de signifier (janvier 2018) aux 28 000 cadres retraités de la fonction publique la suspension totale de l'indexation de leur retraite... pour au moins les six prochaines années.

En n'oubliant pas de mentionner la rebuffade cinglante que la Cour supérieure (20 juillet 2017) a servie à ce gouvernement, à la suite d'une contestation de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS), parce que le ministre de la Santé et des Services sociaux avait modifié unilatéralement, en mars 2015, le décret sur les conditions de travail des cadres (jugement porté en appel par le gouvernement, en août 2017).

Ce numéro de la revue étant consacré aux organismes communautaires, nous mettons leur situation en lumière. Ils ne sont malheureusement pas les seuls, loin de là, à avoir fait les frais de ce qui a toutes les apparences d'un traitement inéquitable. Les services aux aînés, les services à domicile, les services aux jeunes, la Santé publique, les services en déficience et autres ont aussi goûté à cette austérité.

Le gouvernement libéral actuel aura été au pouvoir durant les quinze dernières années, hormis un court intervalle péquiste de 18 mois. Le ministère de la Santé et des Services sociaux aura été dirigé par un médecin pendant toute cette période, y compris l'intervalle péquiste. Ce gouvernement aura négocié et accordé aux syndicats de médecins des augmentations de rémunérations que plusieurs n'hésitent plus à qualifier d'indécentes. Il serait peut-être temps, comme le suggérait fortement un chroniqueur — Michel David, *Le Devoir*, 30 septembre 2017 — « de faire appel à un simple mortel »<sup>(3)</sup>. Encore récemment, un autre chroniqueur influent – Alain Dubuc, *La Presse+*, 3 février 2018 – demandait instamment qu'on arrête « de confier le ministère de la Santé à un médecin ! »<sup>(4)</sup>

En dépit de ces choquantes augmentations, la Protectrice du citoyen constatait, en analysant l'état du réseau de la santé en 2016, que « la situation a atteint un point critique »; en 2017, le portrait était encore plus sombre, « notamment au chapitre des soins à domicile »<sup>(4)</sup>.

Durant la même période, l'ensemble des 4 000 OC du réseau de la santé et des services sociaux auront dû bien souvent se contenter de maigres indexations annuelles, toujours inférieures à l'augmentation réelle du coût de la vie. Il y aura bien eu des promesses, dont cette motion solennelle unanime de l'Assemblée nationale en 2013; mais ces promesses, quand on constate les suites qu'on leur a données, valaient-elles même le papier sur lequel elles étaient rédigées tout aussi pompeusement ?

L'approche de l'échéance électorale d'octobre 2018 et le désir de courtiser les électeurs en leur redonnant une partie de l'argent qu'on a précédemment retiré des services au nom de l'austérité, feront-ils oublier ces années où le réseau public québécois de la santé et des services sociaux a été lentement et soigneusement asphyxié ?

Force est de constater, à la lumière de ce qu'ont réussi à soutirer certains groupes bien organisés à l'ensemble de la collectivité québécoise, qu'une autre conclusion pourrait émerger et nourrir l'action de l'ensemble des OC : ce n'est qu'en se regroupant de façon solidaire et en présentant des demandes communes fortes que le mouvement communautaire pourra espérer fissurer les fiefs corporatistes du réseau de la santé qui étaient déjà dénoncés, il y a 30 ans, dans le rapport Rochon (1988).

Car, si bien des optimistes veulent croire que, parfois, la vie nous donne ce qu'on mérite, certains réalistes constatent que, trop souvent, la vie ne nous octroie que ce qu'on négocie<sup>(5)</sup> ... ///

#### Références

1. REGROUPEMENT INTERSECTORIEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE MONTRÉAL – RIOCM (2017). *Rehaussement PSOC : Une créativité comptable au détriment des organismes*, Bulletin 8 mai 2017 - <https://www.riocm.ca/bulletin/rehaussement-psoc-creativite-comptable-detriment-organismes/>
2. HÉBERT, Guillaume (2016). « La rémunération des médecins québécois », *Note socioéconomique*, 14 juin 2016, IRIS - <http://iris-recherche.qc.ca/publications/remuneration-medecins?year=2016>
3. DAVID, Michel (2017). « Gaétan Barrette? Au suivant ! », *Le Devoir*, 30 septembre. <http://www.ledevoir.com/politique/quebec/509300/au-suivant>
4. DUBUC, Alain (2018). « Et si on dépolitisait la santé », *La Presse+*, 3 février - [http://plus.lapresse.ca/screens/c09180f0-26fc-48f3-93aa-40bda16c2929\\_\\_7C\\_\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/c09180f0-26fc-48f3-93aa-40bda16c2929__7C__0.html)
5. LE PROTECTEUR DU CITOYEN (2017 et 2016). *Rapport annuel 2016-2017*, 28 sept. 2017 – *Rapport annuel 2015-2016*, 29 sept. 2016 - <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes-et-recommandations/rapports-annuels/2016-2017> - <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes-et-recommandations/rapports-annuels/2015-2016>
6. Inspiré d'une citation de Vikas Swarup, écrivain et diplomate indien auteur de *Les fabuleuses aventures d'un Indien malchanceux qui devint milliardaire* (2005), roman adapté au cinéma en 2008 sous le titre *Slumdog Millionaire*.



# OÙ QUE VOUS SOYEZ, QUEL QUE SOIT LE POSTE OCCUPÉ... L'AGESSS: VOTRE ALLIÉ



Vous accédez à un poste de gestionnaire de niveau d'encadrement supérieur? Vous êtes nommé à un poste de niveau syndicable non syndiqué et vous assumez des fonctions de gestion?



Quelle que soit la situation, sachez que vous pouvez demeurer membre de l'Association et continuer à bénéficier de nos **services bilingues de qualité, confidentiels, rapides et adaptés à vos besoins.**



Experts chevronnés, les professionnels de l'AGESSS sont à l'écoute de vos besoins et mettent leurs compétences à votre service dans les sphères relatives à vos conditions de travail, de rémunération et d'avantages sociaux.



Pour de l'information, un conseil ou du support, nous sommes présents pour vous!



Pour que la force du nombre nous donne un levier optimal dans les discussions avec l'employeur et pour pouvoir compter sur l'expertise d'une équipe dynamique de professionnels à l'écoute de vos besoins, nous vous invitons à demeurer membre de notre Association.



N'hésitez pas! Communiquez avec nous dès aujourd'hui!



# AGESSS

Association des gestionnaires  
des établissements de santé  
et de services sociaux

[agesss.qc.ca](http://agesss.qc.ca) | 450 651-6000 | 1 800 361-6526 | [agesss@agesss.qc.ca](mailto:agesss@agesss.qc.ca)

 AGESSS |  @agesss\_info |  AGESSSvideo

## EXPÉRIENCE

# VERS UNE COCONSTRUCTION DES SERVICES AVEC LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES



**ISABELLE BARRETTE**  
Directrice générale adjointe  
Centre intégré de santé  
et de services sociaux  
(CISSS) de Chaudière-Appalaches



**BRIGITTE LAFLAMME**  
Directrice adjointe  
Services professionnels Cancérologie  
Soins palliatifs et de fin de vie  
CISSS de Chaudière-Appalaches

## « PARTENARIATS, VOUS DITES ? » - UNE DIVERSITÉ DE RAPPORTS

Au fil du temps et des réformes survenues dans le réseau de la santé et des services sociaux, les rapports avec les organismes communautaires du Québec ont plus ou moins évolué vers un modèle de type partenarial dans lequel ils sont sollicités pour contribuer à l'offre de services associée au parcours de soins des personnes.

Plusieurs études portent sur ce partenariat entre l'État et ce que l'on appelle, le « tiers secteur », composé des organismes communautaires et de l'économie sociale. La typologie développée par Coston (1998) et adaptée au contexte québécois (Proulx, Bourque et Savard, 2007) identifie un continuum de six rapports<sup>(1)</sup> :

1. **Compétition** – l'établissement public n'est pas favorable à la présence d'organismes du tiers secteur dans son champ d'activité. Ils sont en compétition sur le terrain pour l'exercice de certaines activités, mais aussi pour l'obtention du financement lié à ces activités;
2. **Sous-traitance** – l'établissement public est l'acteur central responsable de la planification et de l'organisation des services, mais délègue la livraison de certains services à des organismes pour une clientèle dont il conserve la responsabilité (l'imputabilité);
3. **Tiers parti** – l'établissement public se limite ici à établir les orientations et les priorités. Il délègue aux organismes la responsabilité d'organiser la production des services, et aussi sa responsabilité à l'égard de la clientèle;
4. **Coexistence** – l'établissement public est « sympathique » à l'égard des activités des organismes du tiers secteur dans un champ d'activité donné, mais n'est pas nécessairement proactif pour les soutenir. Le rapport se limite souvent à des échanges d'informations;
5. **Supplémentarité** – l'établissement public met en place des services en fonction des « préférences moyennes » de la population, mais accepte de soutenir les organismes qui répondent à une demande laissée vacante par les services publics. Il y a reconnaissance mutuelle du rôle assumé par les deux types d'organisation;

6. Coconstruction - l'établissement public partage ses responsabilités et ses opérations avec des organismes du tiers secteur, mais, par opposition à la sous-traitance, chacun des acteurs « conserve son autonomie, ses valeurs et sa mission ». La coconstruction implique également la participation des organismes à l'élaboration des politiques publiques. Les relations entre les deux types d'organisation sont également beaucoup plus formelles et feront souvent l'objet d'une entente écrite liant les deux organisations.

Ces rapports sont caractérisés par quatre dimensions qui sont mesurables<sup>(2)</sup> :

- *le degré d'ouverture au pluralisme institutionnel*, c'est-à-dire à la présence des organismes communautaires dans l'offre de service et les processus décisionnels;
- *le degré de formalisme des relations* pour soutenir les rapports (p. ex., contrat, entente);
- *la symétrie des rapports de pouvoir* (la capacité d'influence du secteur communautaire dans la prise de décisions);
- *et l'intensité des relations interorganisationnelles* (nombre et fréquence des activités que celles-ci soient formelles ou informelles).

Être partenaire avec les organismes communautaires pour de meilleurs services à la population, c'est s'engager dans une coconstruction pour une meilleure lecture des besoins des clientèles ou des milieux, et une coconstruction dans le développement d'une vision et d'une action concertée des services au bénéfice de la clientèle. C'est exercer nos responsabilités de gestion en mettant à contribution l'ensemble des partenaires du réseau intégré de services d'un milieu pour une meilleure accessibilité, une meilleure qualité et continuité de services.

Cela suppose, dans l'exercice du rôle de gestionnaire, de connaître et reconnaître la contribution distinctive de l'autre et d'intégrer, dans sa pratique, des façons de faire qui témoignent et soutiennent la coconstruction. À titre de réflexions :

- Dans quelle mesure connaissons-nous la nature des activités et des services des organismes communautaires avec lesquels nous sommes en relation, leurs modes de fonctionnement, leurs apports distinctifs et leurs limites ?
- Pensons-nous toujours à joindre les organismes communautaires dans nos démarches de réflexion sur les enjeux régionaux de réseau intégré de services ou dans le développement des trajectoires de soins et services ?
- Participons-nous à leurs activités de réflexion sur les services ?
- Identifions-nous, dans notre plan d'action annuel ou nos projets, des potentiels de coconstruction à discuter avec les organismes communautaires ?
- Sommes-nous en liens réguliers avec les responsables des organismes ?

- Avons-nous des mécanismes bidirectionnels d'information ?

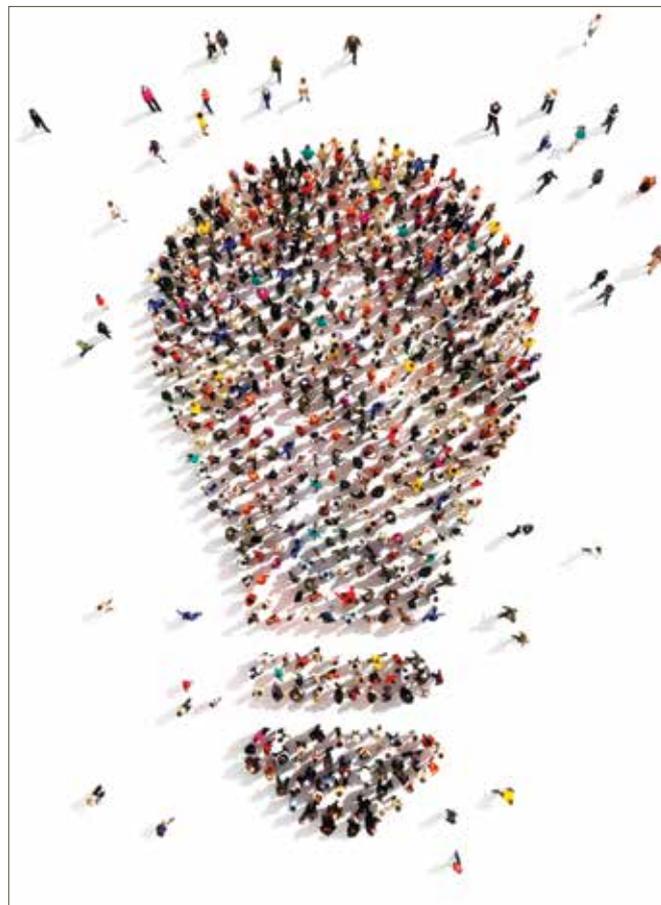
Pour paraphraser un célèbre proverbe : *nommez-moi la vision et les actions concertées avec vos vis-à-vis communautaires, et je vous dirai qui vous êtes.*

Voyons maintenant comment le réseau de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches veut se situer en regard du partenariat avec les organismes communautaires.

## LES ASSISES DE LA RELATION AVEC LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES

L'établissement dessert une population de 424 856 citoyens vivant dans 136 municipalités, réparties dans dix MRC. Ses directions sont en lien avec plus de 300 partenaires et sont impliquées dans au-delà de 200 concertations du territoire.

L'établissement finance 168 organismes communautaires dont il reconnaît formellement, dans son cadre de référence pour l'application du *Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)*, la contribution *essentielle* et *originale*. « Essentielle : dans le sens qu'une région ne pourrait se passer d'eux. Originale : en ce sens qu'ils naissent de la mobilisation citoyenne et qu'ils rendent compte à leur communauté de la réalisation de leur mission<sup>(3)</sup> ». La Table régionale des organismes communautaires de Chaudière-Appalaches en est l'interlocutrice privilégiée.



Pour paraphraser  
un célèbre proverbe :  
*nommez-moi la vision et les actions  
concertées avec vos vis-à-vis  
communautaires, et je vous  
dirai qui vous êtes.*

L'établissement s'est donné une *vision* qui mise notamment sur des partenariats durables avec les divers acteurs de la communauté. Trois *valeurs* organisationnelles le guident : humanisme, équité et collaboration. Cette dernière comporte l'engagement de travailler avec l'ensemble des partenaires externes : « nous considérons que nos actions sont complémentaires les unes par rapport aux autres; nous partageons notre expertise et nos connaissances<sup>(4)</sup> » tout en étant bienveillants les uns envers les autres.

Dans *l'intégration des services*, l'établissement veut passer d'une logique d'intervention en présence d'un problème, à une logique de concertation intersectorielle en amont des problèmes.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches développe de plus en plus une approche organisationnelle de *partenariat avec l'utilisateur* et ses proches. En plus de couvrir les aspects où l'utilisateur est partenaire de ses soins et de ses services, l'approche vise aussi à entendre la voix de l'utilisateur dans un but d'amélioration continue de la performance (qualité, accessibilité, optimisation).

Au sein de son *Plan d'action régional en santé publique 2016-2020*, l'établissement annonce son intention de travailler encore plus efficacement avec les partenaires en impliquant les citoyens. À cet égard, le plan d'amélioration continue de *l'Agrément* en santé publique comporte des moyens d'action, notamment celui de mettre davantage la population à contribution pour déterminer les priorités.

L'établissement s'est doté d'un *Bureau de soutien à l'action intersectorielle, aux relations avec la communauté et les organismes communautaires* directement en lien avec la Direction générale adjointe. Ce rattachement à un haut niveau décisionnel de l'organisation manifeste l'importance qu'elle accorde à une vision globale et cohérente dans ses relations avec les partenaires, dont les organismes communautaires.

## UNE EXPÉRIENCE CONCRÈTE EN ONCOLOGIE

Au Québec, la complémentarité entre les services de soutien offerts par le réseau public et par les organismes communautaires fait partie du fonctionnement optimal d'un *réseau*

*intégré en oncologie et soins palliatifs et de fin de vie*. Toutefois, la complémentarité, l'accessibilité et la continuité entre ces services font parfois défaut à différentes étapes du parcours de soins : de la promotion et prévention, de l'investigation diagnostique, au traitement, à la survivance, aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie.

Cette problématique se décline en plusieurs questions : quels sont les moments et les modalités les plus appropriés pour qu'une référence à un organisme communautaire soit faite par un établissement public de santé ? – À l'annonce du diagnostic ? À la sortie d'un traitement à l'hôpital ? – Quelles sont les capacités des organismes ?

En Chaudière-Appalaches, ces questions ont été à l'origine de la création par le CSSS Alphonse-Desjardins, en février 2014, d'une concertation d'organismes avec l'établissement. La volonté d'améliorer la trajectoire de services s'inscrivait également dans la perspective de la mise en opération, en 2019, du nouveau Centre régional intégré de cancérologie de la région.

Avec la création du CISSS, cette concertation est devenue régionale : la *Table des partenaires communautaires en cancérologie et soins palliatifs et de fin de vie de Chaudière-Appalaches*. Celle-ci regroupe quatorze organisations : le CISSS de Chaudière-Appalaches, onze organismes communautaires, dont 9 sont soutenus par le PSOC, et deux fondations (québécoise et canadienne).

La Table est coanimée par l'un des directeurs des organismes membres, et celui-ci est nommé, démocratiquement, par les membres eux-mêmes et par un intervenant du *Bureau de soutien à l'action intersectorielle, aux relations avec la communauté et organismes communautaires*. Elle est directement impliquée dans la gouvernance<sup>(5)</sup> des Programmes d'oncologie et de soins palliatifs et de fin de vie du CISSS de Chaudière-Appalaches, par la délégation d'un représentant de la Table au sein de chacun des Comités réseau régional de ces deux programmes.

En 2016, la Table s'est vu formellement confier par la Direction adjointe des services professionnels et des Programmes d'oncologie et de soins palliatifs et de fin de vie, le mandat de définir un continuum de services communautaires, relié à certaines étapes du parcours de soins, qui soit équitable entre les territoires et centré sur le patient, et de définir et d'actualiser un processus efficace de référencement vers les ressources de proximité.

Pour ce faire, la Table a défini, notamment à partir des meilleures pratiques et des meilleures évidences disponibles, une offre de service de base en matière de services communautaires relatifs à la cancérologie et aux soins palliatifs et de fin de vie. Elle a fait l'inventaire et l'analyse des services offerts par les partenaires communautaires de la région; et elle a identifié les services qui étaient à maintenir, à consolider ou à intensifier, et ceux qui étaient à créer.

## RÉSULTATS OBTENUS

L'offre de services communautaires en oncologie et soins palliatifs et de fin de vie a été entérinée par chacun des conseils d'administration des organismes membres de la Table, puis déposée au CISSS de Chaudière-Appalaches en juin 2017. L'implantation progressive de cette offre de services communautaires se fera à partir d'avril 2018. Un formulaire officiel de référencement entre les centres hospitaliers, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organismes communautaires a été adopté et en phase d'application. Un outil d'information sur les ressources offertes par les partenaires communautaires a été créé. Une recherche, portant sur le déploiement de l'offre de services communautaires, est en cours avec l'Université de Sherbrooke. Des communications par affiches auront été réalisées lors du Congrès annuel « Vivre ensemble les soins palliatifs » en mai 2017 et du Congrès de la Direction générale du cancer en novembre 2017.

Dans la vision de déploiement d'une offre intégrée de services, nous trouvons essentiel de s'approprier mutuellement afin de partager notre compréhension commune des phases de la trajectoire de soins et de services des personnes et de leurs proches. C'est par le partage d'une matrice de responsabilités et d'engagement de part et d'autre que se base le travail de coconstruction.

## PERSPECTIVES

L'ensemble de la démarche de partenariat aura un effet positif sur – la collaboration entre les équipes cliniques et psychosociales en oncologie et les intervenants du réseau communautaire – le taux de références aux organismes communautaires – et ultimement sur la qualité de vie perçue par les personnes touchées par le cancer (patients et proches).

Elle fournira des données inédites sur la capacité de transformation des pratiques professionnelles et organisationnelles en faveur de soins de survivance coordonnés.

## CONCLUSION

À l'image du Québec, les rapports entre le réseau public de la santé et les organismes communautaires de Chaudière-Appalaches sont conditionnés par la volonté de développer de véritables partenariats. L'exemple apporté nous apparaît tendre à une coconstruction; les efforts devront être maintenus. D'ores et déjà, les premiers constats sont à l'effet que cette association se rapproche d'une réponse mieux adaptée aux besoins des personnes et leurs proches pour favoriser ce type de rapport dans la région. ///

## Remerciements

Les auteures remercient monsieur Éric Lemieux, agent de planification, programmation et recherche, CISSS de Chaudière-Appalaches, pour sa contribution à la rédaction de l'article.

## Références

1. PROULX, J. et S. SAVARD (2012). « Les organismes communautaires au Québec : de la coexistence à la complémentarité », *Revue canadienne de recherche sur les OSBL et l'économie sociale*, Vol. 3, n° 2.
2. PROULX, J. et S. SAVARD (2011). *Questionnaire visant à identifier la nature des rapports entre un organisme du tiers secteur et un établissement ou un organisme public*, Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales.
3. CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (2017). *Guide des valeurs du CISSS Chaudière-Appalaches*.
4. CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (2016). *Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) en Chaudière-Appalaches*, p.5.
5. CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (2017). *Programme régional de Cancérologie*.

# Votresystemedesante.icis.ca

Ce site vise à fournir aux décideurs du système de santé et aux Canadiens les résultats actuels dont ils ont besoin sur les indicateurs.

Votre système de santé : <b>En bref</b>	Votre système de santé : <b>En détail</b>	Votre système de santé : <b>En profondeur</b>
Sélection d'indicateurs généraux sur des sujets importants pour la santé des Canadiens	Série complète d'indicateurs à l'échelle des régions et des établissements qui touchent les soins de courte durée, les soins de longue durée et la santé de la population	Accès sécurisé à des comparaisons à l'échelle des établissements et aux données de l'exercice en cours, et possibilité de produire des rapports personnalisés

De meilleures données pour de meilleures décisions :  
des Canadiens en meilleure santé

# L'APPORT DU COMMUNAUTAIRE : UN ACTIF AUJOURD'HUI, UN HÉRITAGE POUR DEMAIN

Tous reconnaissent indéniablement l'apport substantiel et essentiel des organismes communautaires dans le développement social et économique du Québec et dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

De nombreuses instances aujourd'hui profitent des approches originales et de l'expertise spécifique développées par le milieu communautaire en regard de diverses réalités et problématiques sociales, et s'inspirent de sa vision en matière de démocratie, justice sociale, solidarité, mobilisation, implication citoyenne, qualité de vie et bien-être collectif.

S'il y a un consensus global sur l'utilité de l'action communautaire autonome, l'on s'attarde très peu cependant à réfléchir plus profondément à la valeur réelle de cet apport sur les plans humain et monétaire. Comment peut-on évaluer la contribution des organismes communautaires? Comment cet apport s'inscrit-il dans l'organisation des services de santé et sociaux?



**KARINE BOIVIN FORCIER**

C conseillère à la promotion et prévention  
en santé mentale, Association canadienne  
pour la santé mentale - Saguenay



**CYNTHIA TARDIF**

Directrice générale  
Association des ressources alternatives  
et communautaires en santé mentale  
Saguenay—Lac-Saint-Jean (ARACSM 02)

## UNE VALEUR MONÉTAIRE

Tout considéré, les organismes communautaires représentent assurément un investissement et non une dépense pour l'État en regard de la diversité, de l'ampleur et de la qualité du travail qu'ils accomplissent pour le mieux-être de la collectivité. Strictement au plan monétaire, on pourrait facilement multiplier l'investissement initial par deux et même plus, comparativement au privé ou à l'institutionnel, considérant les dons provenant la communauté, les salaires modestes des ressources en place et la contribution citoyenne bénévole. Concernant ce dernier point, l'Institut de la statistique du Québec a compté pour une seule année (en 2013), pas moins de 268 millions d'heures de bénévolat effectuées au Québec pour le compte d'un groupe ou d'un organisme<sup>(1)</sup>.

À titre d'exemple, l'Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale (ARACSM 02) au Saguenay—Lac-Saint-Jean a réalisé un exercice de réflexion sur l'offre

de services et requis financiers des organismes en santé mentale de la région<sup>(2)</sup>. Dans le domaine de l'hébergement, l'exercice a notamment permis de souligner que les organismes membres administrent six maisons d'hébergement totalisant 45 lits (en excluant les lits de crise). Selon les chiffres avancés dans ce document, on peut conclure qu'il en coûterait deux à trois fois plus cher au réseau public pour administrer ces services. Même en calculant les montants supplémentaires que les ressources communautaires réclament, le coût de ces lits demeure bien en deçà de celui du réseau public. De plus, le financement actuel de ces lits demeure sous les balises nationales fixées pour cette typologie.

## UNE VALEUR SOCIALE

Déjà, en 2001, dans sa politique *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, le gouvernement reconnaissait que les organismes communautaires forment une composante significative de notre structure sociale. D'une part, ils offrent des emplois, fournissent des biens et des services et en consomment également. Ils participent ainsi à la structure économique de notre société.

D'autre part, l'action communautaire permet de regrouper autour d'une situation les personnes désireuses d'y travailler. Elle donne aux citoyens le pouvoir d'infléchir le cours des choses, d'intervenir activement dans la résolution de situations jugées problématiques. Elle est le berceau d'idées novatrices, de nouvelles approches et de pratiques originales. Les organismes communautaires mettent sur pied des projets structurants qui ont un impact sur les individus comme sur l'ensemble de la collectivité. Ils possèdent une capacité d'adaptation rapide pour faire face à diverses situations et besoins exprimés par la population.

Les organismes communautaires sont des spécialistes des problématiques sociales, ils développent une expertise approfondie dans leur champ d'action spécifique. Cette expertise est d'ailleurs régulièrement reconnue par les institutions d'enseignement et nos organismes sont des milieux de stage prisés pour les étudiants. Certaines approches expérimentées par le milieu communautaire ont également inspiré l'implantation de services publics. Pensons aux centres locaux de services communautaires (CLSC) ou aux centres de la petite enfance...

## UNE VALEUR AJOUTÉE

Nous croyons qu'il y a un effet multiplicateur significatif lorsque le réseau public de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires autonomes travaillent en synergie, conservant chacun leur autonomie d'action. Des partenariats bien pensés entre le réseau public et le réseau communautaire offrent à la population une valeur ajoutée en termes de services. Ces deux réseaux travaillent en effet de façon différente pour répondre à des besoins.

À ce titre, le Programme individualisé de placement et de soutien à l'emploi (*IPS - Individual Placement and Support*) est un exemple probant. Ce programme, développé aux États-Unis vers 1990, a été implanté au Saguenay-Lac-Saint-Jean, en collaboration avec l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, à partir de 2009. Il a pour but d'intégrer ou de maintenir

sur le marché de l'emploi régulier les personnes ayant un problème de santé mentale. Une des particularités de ce modèle est que les conseillers en emploi IPS sont intégrés aux équipes cliniques du réseau public. Ainsi, ils participent aux réunions des équipes offrant des services en santé mentale. Concrètement, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, ces conseillers en emploi IPS sont des employés d'organismes communautaires et sont également considérés comme des membres à part entière des équipes en santé mentale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Les conseillers en emploi IPS ont ainsi accès au passé des participants, aux approches utilisées par les équipes cliniques qui travaillent avec eux et à un psychiatre à qui ils peuvent poser leurs questions liées aux problématiques en santé mentale. De même, les conseillers en emploi IPS issus du communautaire peuvent apporter leur expertise en regard de l'employabilité et ont la possibilité d'influencer les approches et de partager les valeurs qui guident leurs interventions avec les équipes de soins du réseau public. Cette riche collaboration amène une cohérence des services et de l'orientation des interventions vers le rétablissement, au bénéfice des participants.

Dans le domaine de la prévention du suicide, l'implantation du guide des bonnes pratiques en prévention du suicide est un autre bel exemple de collaboration entre les milieux communautaire et institutionnel. Le Centre de prévention du suicide (CPS) Saguenay-Lac-Saint-Jean a alors agi à titre de partenaire pour le déploiement de la stratégie de 2011. Ce qui a permis dans les trois premières années de réaliser une tournée des gestionnaires dans les six territoires de la région et de réaliser plus de 65 groupes de formation accréditée pour un total de plus de 760 intervenants et professionnels des réseaux communautaire et public touchés. L'animation de la tournée des gestionnaires s'est d'ailleurs déroulée dans une formule de coanimation.

## CONCLUSION

On est à même de constater, grâce à ces exemples, que le travail de synergie entre les réseaux communautaire et public en santé et services sociaux permet d'obtenir une valeur ajoutée pour la personne utilisatrice de services. Le travail de chaque type de réseau est complémentaire et interrelié. Nous sommes convaincus de la pertinence et de la possibilité d'établir une collaboration efficace entre les deux.

Pour conclure, nous tenons à rappeler que l'action communautaire autonome est un investissement et une richesse collective d'une valeur inestimable. Il faut impérativement la soutenir et la protéger dans son intégrité, spécialement en situation économique difficile, sans quoi les coûts sociaux pour les années à venir et les prochaines générations pourraient être sans précédent. Quel héritage souhaitons-nous laisser à nos générations futures ? ///

### Références

1. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2017). *Coup d'œil sociodémographique*, numéro 52, avril, 6 p.
2. ARACSM 02 (2016). *Offre de services et requis financiers*, novembre.

## EXPÉRIENCE

# CINQ RÈGLES D'ENGAGEMENT POUR METTRE À PROFIT DES SAVOIRS-CLÉS DANS UN RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)



**RENÉ LACHAPELLE, PH. D.**

Auxiliaire de recherche  
Chaire de recherche du Canada en  
organisation communautaire  
Université du Québec en Outaouais (UQO)



**JULIEN MICHAUD**

Coach et enseignant en gestion  
Université de Montréal  
(ESPUM et École de service social)

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, par suite de la réforme majeure fusionnant de multiples établissements sur un territoire régional, les liens « sur le terrain » entre de nombreux organismes communautaires et le réseau demeurent déterminants pour la mission des uns et des autres. Ils façonnent *la réalité quotidienne* des échanges, collaborations ponctuelles et concertations entre des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires. Ces interactions se font toujours pour l'essentiel au plan *local*, souvent avec des interlocuteurs et partenaires dont les assises et les racines sont le quartier en milieu urbain, la municipalité ou la MRC (Municipalité régionale de comté).

On note toutefois une grande différence depuis l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Les dirigeants des centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) ne sont plus présents ou disponibles pour interagir au niveau local, ou si peu. La responsabilité en revient souvent à des acteurs ou des gestionnaires de *proximité*. Pour comprendre cet environnement et s'y mouvoir avec crédibilité, nous proposons quelques considérations tirées de nos expériences et d'une recherche action<sup>(1)</sup> récente sur les interactions entre acteurs du réseau sociosanitaire et acteurs du milieu, tant institutionnels que communautaires.

## 1<sup>RE</sup> CLÉ - L'INGRÉDIENT MOTEUR POUR NOURRIR CES INTERACTIONS EST LA CONFIANCE

Diane Lyonnais<sup>(2)</sup> note que « pour faire des partenariats en matière d'intégration de services, il faut que les acteurs soient d'abord mobilisés. Toute la notion de confiance entre les interlocuteurs est ensuite centrale et déterminante », peu importe la nature et l'intensité des interactions :

- *contacts ponctuels*, p. ex., échange d'informations, transactions occasionnelles, références;
- *alliances*, notamment s'associer dans un projet ou une activité en lien avec un besoin précis;
- *partenariats*, comme
  - coconstruire un ensemble d'interventions pour agir sur des déterminants sociosanitaires;
  - travailler de concert avec des acteurs diversifiés d'un milieu pour changer une dynamique sociale afin, notamment, d'améliorer la persévérance scolaire dans une MRC;
  - favoriser la reconversion socioéconomique d'un milieu à la suite de la fermeture d'une entreprise « employeur dominant » dans une ville;
  - contrer la décroissance de la population dans un milieu rural;
  - diminuer l'ampleur des facteurs de pauvreté dans un secteur ou en atténuer les effets ou autres.

Nous observons une constante qui se dégage : ces rapports se construisent dans la CONFIANCE.

Comment créer la confiance ? Bien qu'il n'y ait pas de recette unique, certains ingrédients ont démontré leur efficacité. Bâtir des relations riches, soigner la qualité des rapports interpersonnels et profiter des moments informels pour les établir est un gage de réussite.

Partager largement les informations nourrit aussi la confiance : la qualité du partage d'informations autour d'une table de rencontre indique le degré de reconnaissance des uns et des autres. Reconnaître les apports spécifiques des groupes communautaires est aussi source de succès : par exemple, leur capacité de réaction aux imprévus et aux demandes de dernière minute, leur flexibilité et leurs structures plus légères. À l'inverse, un manque de respect et de considération peut rapidement ébranler la confiance. Ainsi, une gestionnaire chevronnée du réseau, désormais à la direction d'un important centre communautaire, évoquait avec stupéfaction une rencontre de concertation et reddition de comptes avec des interlocuteurs du CIUSSS où elle s'est fait dire « nous n'avons pas eu le temps de faire nos devoirs... », alors que sa minuscule équipe, tout aussi surchargée, les avait faits !

## 2<sup>E</sup> CLÉ - SAVOIR ÊTRE PRÉSENT

La présence sur le terrain est essentielle pour les gestionnaires et les intervenants chargés d'établir la liaison avec les partenaires. Il faut travailler avec le milieu — avec les personnes et non seulement avec leurs problèmes — dans des activités qui ne génèrent aucune statistique pour le MSSS ! Cela implique de consacrer du temps à ces partenaires et de laisser aux intervenants la latitude de « passer du temps » dans des projets complémentaires aux « cibles ministérielles » dont l'enjeu étroit entraîne des limites d'efficacité à moyen terme.

Il faut choisir puisque les instances différentes de concertation sont nombreuses et impliquent beaucoup de personnes clés : comment et où être présent ? Les enjeux sociocommunautaires sont un premier motif de concertation, mais les enjeux socioéconomiques sont aussi importants. Dans une perspective de responsabilité populationnelle, les acteurs du réseau sociosanitaire doivent être présents aussi dans ces lieux : un CISSS ou CIUSSS, à titre de plus important employeur de sa région, hérite de responsabilités sociétales incontournables.

## 3<sup>E</sup> CLÉ - BÂTIR DES LIENS FÉCONDS ENTRE ACTEURS DE MULTIPLES TAILLES ET DE MISSIONS DIFFÉRENTES

Il est essentiel de « faciliter l'égalisation des rapports de pouvoir parmi les acteurs » (Arauz, Leclerc et Jacob, 2017, p. iv). Par exemple, est-on prêt à considérer, tant dans l'attitude que dans les comportements concrets, qu'une direction de Centre d'action bénévole soit de niveau hiérarchique *égal* à celui d'une directrice générale adjointe (DGA) ou présidente-directrice générale adjoint (PDGA) du CISSS dans une instance de concertation ? Est-on prêt à aller sur le terrain des interlocuteurs communautaires plutôt que de tenir pour acquis que c'est à eux de venir à nous ? Des détails croyez-vous ? Plutôt des révélateurs de succès ou d'échecs, selon nous !

La plus grande force  
d'une démarche est de savoir  
reconnaître les acteurs  
qu'il faut absolument intéresser  
dès le départ, d'où l'importance  
de les connaître déjà  
et de les fréquenter.

[...] les groupes qui sont les plus proches de la population maîtrisent une dimension déterminante pour l'efficacité des programmes [...]

Entre un établissement qui dispose de multiples intervenantes et intervenants et un organisme communautaire qui compte quelques personnes salariées et des bénévoles, les ressources ne sont pas du même ordre. Et les rapports d'égalité entre acteurs de tailles si différentes se compliquent encore plus quand l'établissement est responsable d'un programme comme le PSOC !

L'oublier autour de la table de concertation risque de créer des blocages. Le CISSS ou CIUSSS doit accepter de ne pas jouer de son poids, mais mettre à profit les expertises dont il dispose et reconnaître que les groupes qui sont les plus proches de la population maîtrisent une dimension déterminante pour l'efficacité des programmes : ils ont, et de loin, une longueur d'avance sur le réseau quant au « comment », « quand » et « où » rejoindre des personnes en situation de vulnérabilité. Point de vigilance mis en lumière dans la recherche action : « quelques-uns des partenaires se sont démobilisés parce que la démarche leur a semblé prioriser des actions sans tenir compte de l'opinion des organisations participantes connaissant la situation des familles du quartier » (Arauz, Leclerc et Jacob, 2017, p. v).

Le *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC) du ministère de la Santé et des Services sociaux est le plus important programme de soutien financier aux organismes communautaires du Gouvernement du Québec. Il existe depuis 1976 et soutient près de 7 organismes communautaires sur 10 qui reçoivent un financement public. Depuis l'abolition des Agences régionales, le PSOC relève des CISSS et CIUSSS.

#### 4<sup>E</sup> CLÉ - ACCEPTER DE TRAVAILLER DANS LA DURÉE

Prendre le temps de clarifier les règles du jeu avec une multitude de partenaires, développer une connaissance réciproque, s'approprier dans l'action, tout cela exige de la maturité, certes, car la dynamique des groupes ne va pas de soi, mais cela requiert aussi du temps. Les interlocuteurs ne peuvent

pas s'improviser « compétents » au pied levé dans l'action au sein d'un réseau local, comme une personne de la liste de rappel qui viendrait remplacer à la dernière minute. Ainsi, « Le roulement de personnel et la perte d'expertise et de continuité qui s'en est suivie ont été relevés par plusieurs comme des difficultés majeures rencontrées lors de la mise en œuvre des plans d'action annuels. » (Arauz, Leclerc et Jacob, 2017, p. iii). D'où l'importance d'une certaine stabilité dans la durée et d'une sensibilité à cet enjeu par les gestionnaires concernés.

#### 5<sup>E</sup> CLÉ - RALLIER LES LEADERS

La plus grande force d'une démarche est de savoir reconnaître les acteurs qu'il faut absolument intéresser dès le départ; d'où l'importance de les connaître déjà et de les fréquenter. La recherche-action a d'ailleurs mis en évidence cette clé majeure : « La principale force identifiée par le regroupement a été l'engagement précoce et actif des acteurs névralgiques (ceux sans lesquels le projet ne peut fonctionner) et des acteurs stratégiques (ceux qui permettent d'en rallier d'autres) dans un rôle de négociation et d'influence sur les décisions. » (Arauz, Leclerc et Jacob, 2017, p. iv).

#### EN CONCLUSION

Les intérêts différents, les ressources inégales et les expertises diverses sont autant de facteurs de tension dans la vie d'un réseau local de services. Si on ne se donne pas les moyens de gérer ces tensions ouvertement, elles n'en sont pas moins présentes. Les propos de Pierre Lucier qui a présidé avec brio le réseau de l'Université du Québec, sont toujours d'actualité :

La vie en réseau est toujours la résultante de forces centripètes — rassembleuses donc — et de forces centrifuges — “disloquantes” donc. La vie est toujours ainsi une affaire d'équilibre réussi entre des forces contraires dont la bonne conjonction devient dès lors positive et féconde. S'imaginer que tout dans un réseau concourt à sa cohésion et à sa densité, c'est assurément rêver en couleur.<sup>(3)</sup>

Il s'agit d'un défi, source de grandes gratifications, que les gestionnaires et intervenants du réseau sont conviés à relever. Et cela s'apprend « sur le terrain », en étant présent, ouvert, habile à créer des alliances dans la durée avec des leaders des communautés en toute confiance ! ///

#### Références

1. ARAUZ, Maria Jose, Bernard-Simon LECLERC et Joey JACOB (2017). *Évaluation du plan d'action 2012-2015. Unis pour l'enfance du comité 0-5 ans de la Table de concertation jeunesse Bordeaux-Cartierville*, InterActions Centre de recherche et de partage des savoirs CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, juillet, 86p.
2. LYONNAIS, Diane (2008). *Rapport Forces/Extra - Identification et mise en œuvre de stratégies pour actualiser des projets cliniques porteurs d'accessibilité et de continuité*.
3. LUCIER, Pierre (2000). *Aphorisme #1 : Sept (7) aphorismes sur la vie en réseau*, UQAM, Colloque novembre.

Salon d'exposition  
Colloque et ateliers

**29 novembre**  
2018

Centrexpo Cogeco  
Drummondville

# Informatique Santé

Présenté par  
**LE POINT** en santé et services sociaux

[www.lepointensante.com](http://www.lepointensante.com)

## À METTRE À VOTRE AGENDA EN 2018!



**97 % des participants satisfaits**

### Emplacement de Drummondville

La majorité des participants ont trouvé l'emplacement du colloque accessible.

### Intérêt pour un deuxième rendez-vous

Un grand pourcentage des personnes sondées ont confié qu'il était probable qu'elles assistent de nouveau au Colloque.

**Réservez votre place dès maintenant...  
et profitez du tarif réduit!**



### Objectif : vers 400 participants

Informatique Santé a réuni **300** participants en 2017; nous en visons **400 en 2018!**

### Réservations :

Marie-Josée Hugron  
514 277-4544 poste 228  
[mjhugron@lepointensante.com](mailto:mjhugron@lepointensante.com)

Réservez au [www.informatiquesante.ca](http://www.informatiquesante.ca)

# LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES : PARTENAIRES OU SOUS-TRAITANTS ?

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* institue un « régime de services » que les établissements doivent dispenser. Ils doivent assurer, conformément à l'article 99.3, « la mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux ». L'article 334 de la Loi reconnaît les groupes communautaires « dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux », une première pour ces organismes sur le plan juridique. L'article 336 précise qu'il s'agit « des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes, y compris des services d'hébergement temporaire ». Le même article prévoit qu'au plan régional, c'est un organisme communautaire qui est responsable « des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs » et qu'on peut confier à un autre « la promotion de la santé et du développement social ». Le point de vue est clair : les organismes communautaires sont reconnus comme dispensateurs de services, en droite ligne avec la logique de services du réseau.



**RENÉ LACHAPPELLE, PH. D.**

Auxiliaire de recherche  
Chaire de recherche du Canada en  
organisation communautaire  
Université du Québec en Outaouais (UQO)

## LA FONCTION DÉTERMINANTE DES GROUPES COMMUNAUTAIRES

En 2001, l'État québécois s'est doté d'une politique gouvernementale qui reconnaît l'action communautaire comme « une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec ». Cette politique, précise la présentation de la ministre, « répond à deux exigences essentielles : respecter l'autonomie des organismes communautaires dans les différents rôles sociaux qu'ils assument et soutenir adéquatement l'exercice de la citoyenneté » (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001, p.3). Ces exigences ont été au cœur de la négociation entre les fédérations d'organismes communautaires et le gouvernement, un

processus initié en 1995 et qui s'est poursuivi jusqu'à l'énoncé politique de 2001. Québec reconnaît donc comme fonction déterminante des groupes communautaires le renforcement de la capacité d'agir des citoyennes et citoyens. Renforcer l'exercice de la citoyenneté repose sur le développement du lien social : mettre les personnes en lien les unes avec les autres, c'est les rendre capables de prendre en main leurs conditions de vie et de faire communauté. C'est la force et la raison d'être des organismes communautaires et cela se concrétise dans toute la gamme de leurs interventions, de la revendication et la défense des droits à l'organisation de services, à l'entraide et au développement des communautés.



## HISTORIQUE

Les relations entre le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires ont une longue histoire. Le *Programme de soutien aux organismes communautaires*, le PSOC, fait partie des plus anciens programmes de soutien public à l'action communautaire et a servi de modèle à la mise en œuvre de la politique gouvernementale de 2001 pour l'ensemble des ministères. Depuis la création des centres locaux de services communautaires (CLSC) en 1972, les services d'organisation communautaire contribuent au développement d'organismes pour répondre à la fois aux attentes des citoyennes et citoyens et à la mise en œuvre ou à la complémentarité des programmes publics. Les années 1980 ont été marquées par la création de tables de concertations, le plus souvent à l'initiative d'organismes communautaires avec l'appui des CLSC. Ces collaborations se sont intensifiées avec la mise en place des plans d'action locaux en santé publique et des

réseaux locaux de services (RLS), le plus souvent cette fois à l'initiative du réseau.

## LOGIQUE DE SERVICES

Entre la logique de services du réseau public et celle du lien social des organismes communautaires, y a-t-il tension ou complémentarité? Dans la pratique on retrouve l'une et l'autre situation. Lorsqu'un centre intégré ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) sous-traite des services — une façon de faire que favorisent à la fois le *Cadre de référence en matière d'action communautaire* adopté en 2004 par le Secrétariat à l'action communautaire et les mesures dites de rigueur budgétaire —, il établit avec les groupes un rapport asymétrique de donneur d'ordres auprès d'organismes qui ont absolument besoin des fonds publics pour poursuivre leur action communautaire. Cela contribue inévitablement à établir une zone de tension entre la logique descendante du réseau public et la logique ascendante d'organismes qui émanent de la communauté. À l'inverse, les établissements engagent plutôt des rapports de complémentarité lorsqu'ils offrent le soutien des services d'organisation communautaire à des groupes, à des initiatives ou à des projets communautaires, ou bien lorsqu'ils s'associent à une démarche de développement social. Les rapports des établissements avec les organismes communautaires varient de la compétition à la coconstruction en fonction des orientations politiques de l'État et des choix des gestionnaires.

## OFFRE DE SERVICES

Entre l'offre de services d'un organisme communautaire et celle d'un CISSS/CIUSSS, la différence ne tient pas seulement à la taille des partenaires, mais à la nature des services rendus. Les services d'un établissement public ont un caractère d'universalité alors que les services communautaires s'ajoutent aux services publics en réponse à des besoins particuliers, souvent locaux. La contribution communautaire se mesure en termes de convivialité, de réciprocité et d'innovation et son efficacité en termes de souplesse et de proximité. Ces approches ne peuvent se substituer l'une à l'autre : on ne peut pas pallier une carence de services publics par des réponses

Les rapports entre  
le réseau de la santé et  
des services sociaux et les  
organismes communautaires  
ont une longue histoire.

Entre la logique de services du réseau public et celle du lien social des organismes communautaires y a-t-il tension ou complémentarité? Dans la pratique on retrouve l'une et l'autre situation.

communautaires à moins de les institutionnaliser. Le plus bel exemple est sans doute le réseau des centres de la petite enfance dont l'origine remonte aux garderies populaires mises en place par les parents dans les années 1970, que l'État a commencé à soutenir et qu'il a finalement institutionnalisées en 1997.

### LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ET DES ACTIONS

Par ailleurs, les services publics gagnent en efficacité lorsqu'ils misent sur l'enracinement communautaire des groupes pour ajuster leur réponse aux besoins des populations. Cela peut se faire par un rapport de partenariat que l'on peut établir dans le cadre de relations qui tendent vers la symétrie dans les rapports au pouvoir. Le partage des responsabilités et des actions repose alors sur le respect de la nature et de l'autonomie de chacune des parties. La mission des organismes communautaires n'est pas celle d'un établissement public, mais celle que des citoyennes et citoyens leur définissent à partir de leur situation et de leurs besoins. Il faut parfois un long processus d'expérimentation, de consolidation et de négociation pour qu'un service communautaire devienne un service public. C'est un processus de coconstruction qui, comme toute négociation, comporte des épisodes de coopération conflictuelle qui deviennent un mécanisme de reconnaissance mutuelle des partenaires et qui permettent d'en arriver à un résultat qui répond aux exigences et attentes des deux parties.

### RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET SOCIÉTALE

Dans un contexte d'austérité et de réduction budgétaire, la tentation devient grande pour les institutions publiques d'utiliser les groupes communautaires pour pallier les difficultés à livrer des services qui relèvent de leur compétence propre, en les sous-traitant à des organismes habitués à la frugalité budgétaire et à la mobilisation de l'action bénévole. Le recours à l'action communautaire devient alors une façon de gérer le recul de l'État social, mais aussi une dénaturation de sa raison d'être. Le fait que les CISSS/CIUSSS soient maintenant gestionnaires du PSOC ajoute aux risques d'une telle dérive.

## PRIVILÉGIER LES RAPPORTS DE PARTENARIAT

Le réseau de la santé et des services sociaux a pourtant tout intérêt à privilégier d'autres rapports avec les organismes communautaires. La responsabilité populationnelle et sociétale engage les établissements à penser leur offre de services dans une perspective de santé à la fois physique et sociale, individuelle et collective. Le Québec a développé depuis le début des années 1970 une approche de la santé qui répond au constat que le code postal est plus déterminant que le code génétique pour établir la longévité en bonne santé. Soutenir l'action communautaire plutôt que l'utiliser est un investissement pour des communautés en santé et une avenue plus prometteuse pour contrôler les coûts que les contraintes budgétaires. Les rapports entre les CISSS/CIUSSS et les organismes communautaires sont d'autant plus productifs qu'ils misent sur leur contribution spécifique. L'action sur les déterminants sociaux de la santé est un terrain familier de l'action communautaire.

Les CISSS/CIUSSS peuvent compter sur les organisatrices et organisateurs communautaires pour établir et entretenir de telles relations. Ces professionnels ont développé une expertise collective et une présence dans les communautés qui leur permettent d'agir comme des agents de liaison entre le réseau et les milieux de vie. Leur savoir-faire donne aux établissements les moyens de tirer le meilleur de leurs relations avec les groupes communautaires en établissant des rapports de partenariat plutôt que de sous-traiter des services. L'investissement en soutien à la vie communautaire et au développement social est garant de bénéfices à moyen et long terme que l'urgence amène parfois à sous-estimer. Mais un réseau public comme celui de la santé et des services sociaux ne peut pas faire l'économie de cette perspective large, pas plus que nos sociétés ne peuvent ignorer le défi d'un virage écologique.

Les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux sont aux premières loges pour que les rapports entre les établissements et les organismes communautaires privilégient le partenariat à la sous-traitance. Ils peuvent compter sur un important patrimoine pour résister aux sirènes du court terme et miser sur le renforcement des liens sociaux pour le bien-être et le bien-vivre des personnes et des communautés.///

### Références

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE (2001). *Politique gouvernementale - L'action communautaire une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, septembre, 60p.

SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DU QUÉBEC [SACA] (2004). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, Québec : Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, juillet, 103p.

## EXPÉRIENCE

# L'INTERVENTION COLLECTIVE, UN LEVIER COMMUNAUTAIRE POUR SOUTENIR LA POPULATION



**STÉPHANIE FATOU  
COURCY-LEGROS**

Présidente, Regroupement québécois  
des intervenants et intervenantes en  
action communautaire en CSSS (RQIIAC)  
et organisatrice communautaire au CIUSSS  
de l'Est-de-l'Île-de-Montréal



**FRANÇOIS LAMY**

Doctorant à l'École de santé publique  
Chargé de cours, Université de Montréal  
Consultant en gestion

Dans le contexte de la transition sanitaire au Québec, la réforme de 2005 introduit le concept de la responsabilité populationnelle. La responsabilité populationnelle vise à protéger et améliorer la santé et le bien-être de la population dans un territoire. Elle confie au système de santé la responsabilité d'assurer à la population l'accessibilité à des services sociaux et de santé qui répondent à ses besoins exprimés et non exprimés, d'intervenir en amont sur les déterminants de la santé, en intégrant de manière explicite les déterminants sociaux et en agissant en collaboration avec les partenaires institutionnels et intersectoriels. Dans notre esprit, la réforme de 2010 ne remet aucunement en question la responsabilité des CISSS et des CIUSSS, en matière de responsabilité populationnelle.

Cet article a pour but d'éclairer les gestionnaires sur l'intégration d'actions collectives à des actions individuelles, favorisant l'amélioration de notre système de soins et visant l'amélioration de la santé des populations.

## LE CONTEXTE D'UNE SANTÉ DES POPULATIONS

Pour convaincre leurs partenaires, les Centres intégrés et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) établissent la règle de droit convenue et élaborent des ententes formelles avec leurs partenaires institutionnels, afin de maintenir dans les territoires un parcours de soins dans la continuité et la complémentarité interdisciplinaire.

Afin d'établir une collaboration avec leurs partenaires intersectoriels, les CISSS et CIUSSS doivent leur démontrer que la santé est l'affaire de tous, qu'elle dépasse la volonté d'enrayer la maladie; ils doivent aussi les convaincre qu'ils n'ont pas les leviers pour agir seuls auprès de la collectivité.

Nous souhaitons ici vous faire part d'initiatives *“de la vraie vie”* menées sur le territoire de l'Est de Montréal. Elles favorisent la création de coalitions, de relations, de liens, de réseaux formels et informels contribuant à la santé.

Deux discours différents nous parviennent des CISSS/CIUSSS. Un premier, à l'effet que la responsabilité populationnelle est disparue de la loi — ce qui est faux — requérant ainsi un changement de pratique chez les gestionnaires. En outre, que le concept est parfois trop vaste, compliqué et difficile à réaliser compte tenu des échéances et des budgets alloués.

Dans la foulée de la réforme et de l'implantation de la responsabilité populationnelle, les établissements de santé et services sociaux amènent les gestionnaires à modifier certaines pratiques de gestion.

À l'inverse, nous avons aussi entendu un discours mobilisateur, positif, prônant le besoin de sortir des silos pour agir en réseau et fonder les actions sur la collaboration.

Concrètement, pour agir en collaboration avec des partenaires intersectoriels, la santé doit être perçue comme un bien public : ce qui dépasse selon nous la santé vue comme uniquement une utilité (au sens de l'économie de marché). La santé est redéfinie dans une perspective nous permettant d'intervenir sur l'environnement physique et social des individus, c'est-à-dire les conditions dans lesquelles ils naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. En ce sens, l'organisation communautaire sert de levier à cette stratégie. Notre expérience nous indique que l'organisation communautaire dans les établissements de santé et services sociaux représente un véritable soutien à l'action collective, en permettant une intégration réelle des actions individuelles et collectives. Il arrive que certains gestionnaires perçoivent la responsabilité populationnelle comme un concept nébuleux, n'ayant pas de sens dans un système de soins et vraisemblablement difficile à appliquer. Dans la suite de l'article, nous vous présentons des cas concrets.

## VERS UNE ACTION INTERSECTORIELLE

Trois initiatives nous serviront d'exemples pour illustrer notre point de vue : au-delà des soins, il existe un monde, un territoire, un quartier, contribuant ensemble à l'amélioration de la santé de la population.

La table de développement social (TDS) de Pointe-aux-Trembles débute ses travaux en 1998. Elle fonde ses actions sur le citoyen et la concertation des acteurs du quartier. Elle tiendra des forums de développement social en 1998, 2004 et 2008.

## Pour agir en collaboration avec des partenaires intersectoriels, la santé doit être perçue comme un bien public.

La TDS et nombre de ses acteurs se préoccupent de la pauvreté, de la défavorisation du quartier. Tous les acteurs sont invités à unir leurs forces pour traduire en action des initiatives permettant d'accroître le développement de la personne et de la collectivité : lutter contre l'appauvrissement; promouvoir la santé, le développement économique, la scolarisation, la culture.

La TDS représente un levier indispensable au développement d'une santé publique inclusive, intégrée, agissant près des citoyens. Une étude portant sur le processus de fonctionnement et les effets de la concertation des tables intersectorielles de quartier de Montréal fut effectuée dans le cadre d'un partenariat de recherche<sup>(1)</sup>. Les données préliminaires montrent des résultats concrets produits par des acteurs mobilisés. Le CSSS de la Pointe-de-l'Île a participé pleinement à la réalisation d'objectifs améliorant la santé.

Pour appuyer cette expérience, mentionnons la réalisation de portraits détaillés des différents milieux de vie. On peut affirmer sans se tromper que les acteurs de la TDS ont la possibilité d'accéder à des connaissances leur permettant de bien comprendre le quartier, « les poches de pauvreté ».

Dans la foulée des traditions communautaires découlant des Centres locaux de services communautaires (CLSC), des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), des organismes communautaires et des actions de concertation, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a mis en place, en février 2017, le *Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal*. Le cahier de charge<sup>(2)</sup> du Conseil citoyen identifie le secteur municipal et les élus locaux comme des acteurs « prépondérants » pour mener avec ses partenaires et porter des décisions consensuelles qui influencent la santé et le bien-être de la population en tenant compte des citoyens, du territoire et des caractéristiques des différents quartiers. La coordination de ce conseil est assurée par un représentant du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

« Le Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal est une plateforme d'échange et de coordination entre les élus de proximité, les professionnels de la santé, les acteurs sociaux et communautaires, les usagers, les citoyens, les aidants, les regroupements régionaux et les acteurs locaux concernés, comme entre autres, les milieux de l'éducation et la sécurité publique. »

« Annuellement, l'assemblée plénière réunit tous les membres et partenaires du Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal pour échanger sur l'état d'avancement des initiatives convenues, les pistes d'amélioration et l'évaluation des activités du Conseil. La synthèse des échanges sera diffusée auprès des leaders des organisations partenaires du Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal, des élus et de la population. »

Abordons un dernier exemple de partenariat entre le réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires d'un territoire. Il s'agit d'un projet de pédiatrie communautaire mis en œuvre dans les secteurs de Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est dès 2009. Cette initiative avait pour but d'offrir des services de santé de proximité. Elle n'a cependant pas tenu la route. En raison d'un manque d'appui, de la difficulté d'implantation sans dédoubler certains mandats d'organisations et sans financement récurrent, le projet a été abandonné. Par contre, ce travail concerté a permis à plusieurs actions de voir le jour, notamment :

- la présence du Bonhomme à lunettes<sup>(3)</sup> dans le secteur;
- des ateliers parents-enfants sous le thème « À la pratique du calme et de l'attention »<sup>(4)</sup>;
- l'Aiguille Volante qui offre des services d'acupuncture et de massothérapie à moindre coût.

Ces activités sont pérennisées, parce qu'elles ont été intégrées à la programmation d'organismes communautaires.

## FAVORISER L'ACTION COLLECTIVE AUX SOINS

Nous croyons fortement qu'il est possible de mobiliser l'organisation communautaire dans des actions concertées, favorisant l'action en réseau. Nous sommes aussi d'avis que certains gestionnaires auraient avantage à promouvoir la gestion d'action collective; à former des coalitions avec des partenaires et développer des pratiques de gouvernance intersectorielle, amenant les organisations à construire des collaborations et des réseaux décentralisés, les rapprochant des citoyens et de leurs lieux d'appartenance. ///

### Références

1. SÉNÉCAL, Gilles, Geneviève CLOUTIER, Léa MÉTHÉ MYRAND, Amélie DUBÉ et Andréanne CHEVALIER (2010). *Les effets de la concertation - Étude sur les Tables intersectorielles de quartier de Montréal*. Rapport présenté dans le cadre du partenariat de recherche entre la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), l'INRS Centre Urbanisation Culture Société, la Coalition montréalaise des Tables de quartier, la Ville de Montréal, la Direction de santé publique de Montréal et Centraide - [http://www.centrelearoback.org/assets/PDF/04\\_activites/CLR-PUBCH\\_Senecal\\_EffConcEtuTables2010.pdf](http://www.centrelearoback.org/assets/PDF/04_activites/CLR-PUBCH_Senecal_EffConcEtuTables2010.pdf)
2. CIUSSS DE L'EST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL (2016). *Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal - Cahier des charges* - <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/comites-et-conseils/ccsem/>
3. <http://www.bonhommealunettes.org/>
4. <http://123gopdi.org/ateliers-parents-enfants-pratique-du-calme-et-de-l-attention>

# Augmentez votre performance

pour votre nouvelle année financière 2018



**umtflow**

Pour la gestion facile de vos départs transferts

**umtaudit**

Avec configurations d'audits adaptées pour le réseau de santé québécois

**umtsan**

Nouvelle version avec tâches et temps selon vos réalités en hygiène salubrité

**umtplus**

Pour la mesure du travail... en temps réel

[www.LAUBRASS.com/quebec](http://www.LAUBRASS.com/quebec)

514.526.8040 poste 1010

 **LAUBRASS**

Logiciels de qualité. Service amical. Conseil avisé.

## EXPÉRIENCE

# LE COMMUNAUTAIRE ET LE PUBLIC : MIEUX SE CONNAITRE POUR MIEUX SE COMPRENDRE



**CAROL GRAVEL**

Coordonnateur à la recherche,  
à la qualité et aux connaissances  
Centre de prévention du suicide 02 (CPS 02),  
Saguenay—Lac-Saint-Jean/  
Chapais-Chibougamau



**LILI SIMARD**

Directrice générale  
Centre de Rétablissement le Renfort, Alma

En 2001, le gouvernement du Québec adoptait la politique nationale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* dans le but d'offrir une définition précise de l'action communautaire autonome. Cette politique statuait aussi sur le caractère essentiel de l'autonomie des organismes communautaires dans leurs différents rôles sociaux et dans le soutien de l'exercice de la citoyenneté.

Aujourd'hui, on compte environ 5 000 organismes appartenant au mouvement d'action communautaire autonome qui promeuvent des valeurs de démocratie, d'entraide et de solidarité, poursuivent des objectifs de transformation sociale, mettent de l'avant une conception égalitaire des rapports entre les personnes et développent une expertise de pratiques novatrices adaptées aux besoins identifiés dans le milieu. Ils considèrent les problèmes spécifiques à l'intérieur d'une approche qui tient compte de la personne dans sa globalité ainsi que de son environnement, et favorisent la prise en charge des personnes et des groupes dans la résolution de leurs difficultés et la modification de leurs conditions de vie.

Toutefois, au-delà des documents officiels et des principes bienveillants émis en regard de la reconnaissance des spécificités et du respect de l'autonomie du communautaire, une autre tendance semble se dessiner pour plusieurs organismes. Dans un contexte où d'importantes restrictions budgétaires ont lieu dans le domaine de la santé, le réseau communautaire est-il en train de dériver peu à peu et de perdre une part de son identité? Quelle est la place de ce réseau dans l'organisation des services de la santé et des services sociaux? Ces questions méritent qu'on s'y attarde.

## TENDANCES ACTUELLES : DES ENJEUX MULTIPLES

Le réseau institutionnel, sous une pression financière croissante, doit composer avec de plus en plus d'exigences du ministère. En ce sens, nous constatons sur le terrain un écart entre la volonté initiale de partenariat avec le milieu communautaire et la tendance actuelle d'intégration aux grandes priorités gouvernementales. En regard des cibles à atteindre, des budgets et des échéanciers, l'autonomie, les spécificités et les valeurs fondamentales des organismes communautaires semblent de plus en plus difficiles à respecter.

Par ailleurs, la présente propension à l'uniformisation et à la centralisation qui transcende le réseau de la santé et des services publics n'épargne pas, non plus, les organismes communautaires. La reddition de comptes s'alourdit et se base de plus en plus sur des critères quantitatifs plutôt que qualitatifs, ce qui est peu compatible avec les valeurs communautaires. Dans ce contexte, certains organismes communautaires, en quête de soutien financier, se trouvent bien souvent tiraillés entre deux réalités : profiter d'opportunités de consolidation de leur financement en acceptant des mandats souvent assujettis à des normes institutionnelles et préserver leur identité et leur autonomie. Dans ces cas, la liberté de choix des organismes dans leurs pratiques et leurs façons de faire se trouvent fréquemment en conflit avec l'imposition de balises du réseau public, tant pour la mise en œuvre que pour l'évaluation des services et des programmes.

À ce chapitre, on peut considérer l'exemple de la ligne provinciale 1 866 APPELLE en prévention du suicide. Dans une volonté louable d'assurer une qualité optimale du service dans l'ensemble des régions, en 2014, le ministère a élaboré

et imposé aux mandataires de la ligne (composés de plus de 90 % d'organismes communautaires), des balises de type réseau public. Or, ces nouveaux standards interdisent les bascules entre mandataires et exigent notamment que les bénévoles œuvrant sur cette ligne d'intervention aient complété un programme de formation collégiale ou universitaire dans le domaine de l'intervention psychosociale. Au CPS Saguenay—Lac-Saint-Jean (CPS 02) et de Montréal (SAM), la plage horaire de la ligne d'intervention était assurée par des intervenants bénévoles n'ayant pas une telle exigence. Pour ces Centres de prévention du suicide, il en résulte plusieurs problématiques, dont la démobilisation d'une implication citoyenne de longue date et la multiplication des coûts du service, alors que la ligne 1 866 APPELLE fonctionnait très bien dans ces régions.

## UN PARTENARIAT GAGNANT

Nous croyons fermement que le réseau public de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires peuvent tisser des partenariats gagnants, dans un respect mutuel. Les actions de ces deux réseaux sont complémentaires et ont un effet multiplicateur. Chacun apporte ses forces dans la dynamique de partenariat, offrant ainsi des services diversifiés et bonifiés à la communauté.

Il existe à travers le réseau de nombreux exemples dont nous pouvons nous inspirer pour élaborer ensemble des modèles de partenariat gagnants. C'est le cas, notamment, du programme Pair Aidant implanté dans la région par l'Association des ressources alternatives en santé mentale Saguenay—Lac-Saint-Jean.

*« Le travail du Pair Aidant vise à bonifier les interventions en apportant une autre dimension aux discussions cliniques et il constitue un modèle d'espoir pour les personnes en difficulté. Dans le cadre de son travail, le Pair Aidant divulgue qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et l'utilisation de son histoire de rétablissement ont pour but d'insuffler l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'être une source de motivation et d'inspiration, de soutenir et d'informer les personnes vivant des situations similaires à celles qu'il a vécues. »<sup>1</sup>*

Dans ce programme, l'organisme communautaire agit à titre d'employeur légal du travailleur Pair Aidant, qui partage ses services entre l'organisme et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSS) du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Il est considéré comme un membre à part entière des équipes de santé mentale du CIUSSS. Au total, sept pairs aidants travaillent en collaboration avec les équipes de santé mentale et les organismes communautaires, sous la responsabilité d'une coordination régionale.

**Les organismes  
communautaires veulent  
être parties prenantes  
des solutions  
et des décisions.**

1. Définition tirée du site Web de l'Association des ressources alternatives en santé mentale Saguenay—Lac-Saint-Jean. <http://www.aracsm02.ca/services>

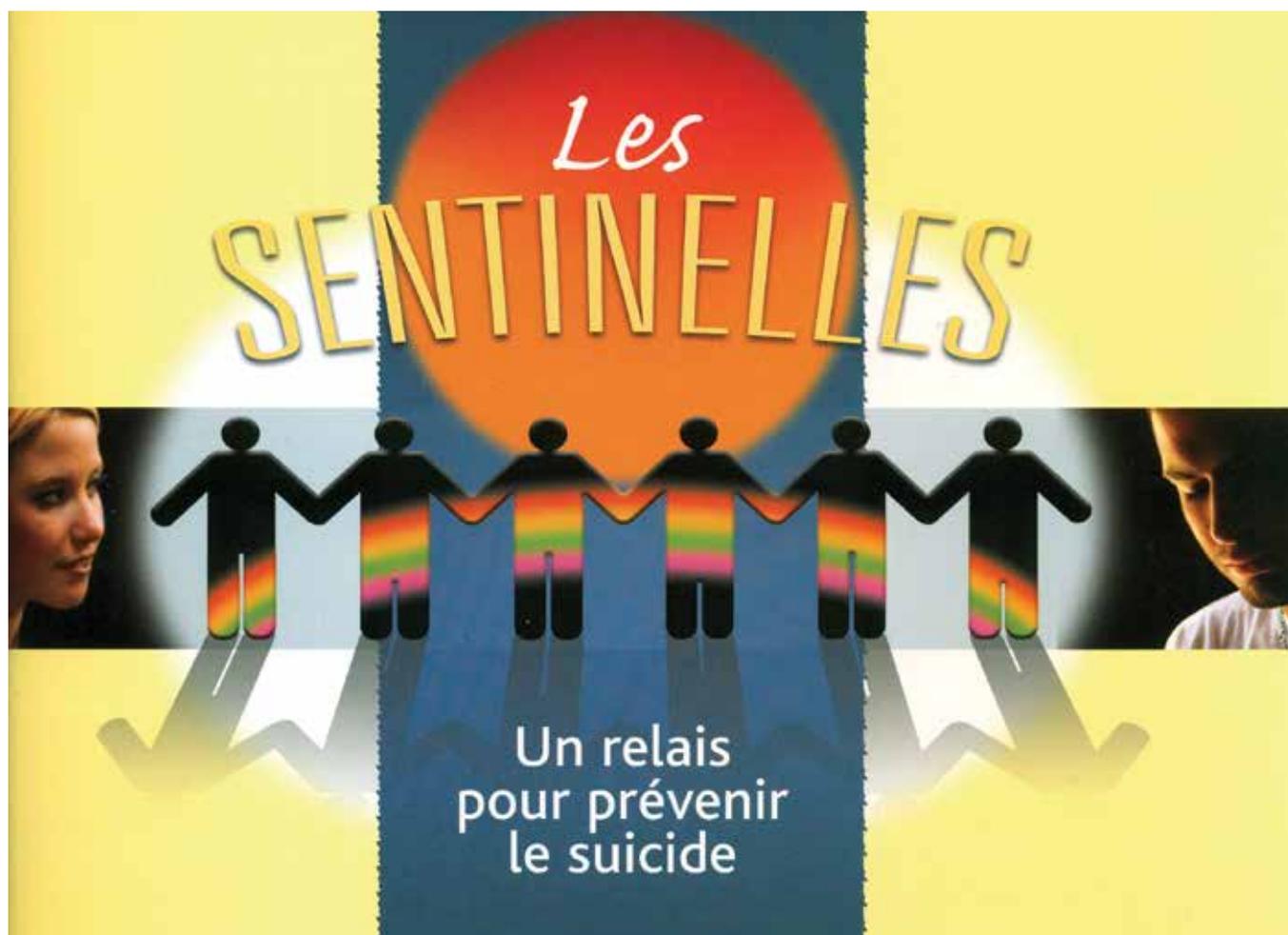
Un autre exemple de collaboration réussie est le déploiement du réseau Sentinelles en prévention du suicide du ministère de la Santé et des Services sociaux au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Les sentinelles sont des individus habilités à repérer, guider et orienter la personne aux prises avec la problématique du suicide ainsi que son entourage vers les ressources du milieu. Lors de l'implantation de ce projet en 2009, les partenaires impliqués ont élaboré ensemble un protocole d'entente précisant de façon détaillée les actions à mener ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun. Ce partenariat a contribué à mobiliser plus de ressources et à former plus de 500 sentinelles dans la région.

On constate dans ces exemples que le réseau public et le réseau communautaire peuvent innover dans les façons de faire, de mettre en œuvre et d'évaluer les résultats des partenariats qu'ils établissent. Il est important de réfléchir ensemble, dans un respect mutuel et la reconnaissance de nos expertises spécifiques, à l'élaboration de plans d'action qui considèrent l'offre de services des organismes dans le système de la santé et des services sociaux. Les organismes communautaires veulent être parties prenantes des solutions et des décisions.

## ÉTABLIR UN PARTENARIAT EFFICACE

L'établissement d'un partenariat efficace entre le réseau communautaire et le réseau public passe par une connaissance et une compréhension mutuelle. D'une part, il est utile pour les gestionnaires du réseau de s'informer et de bien comprendre ce qu'est le mouvement communautaire, ses valeurs, ses particularités ainsi que son rôle et sa place dans notre société. D'autre part, les organismes communautaires doivent également connaître le réseau public et ses façons de faire, afin de comprendre ses enjeux et ses réalités. Sur ces fondations solides, une confiance réciproque pourra s'installer, ouvrant la porte aux discussions et aux compromis, afin de réaliser pleinement le potentiel du partenariat.

En somme, une communication efficace et une relation basée sur la reconnaissance mutuelle, la confiance, la transparence et le respect permettront de favoriser une véritable relation de coopération entre les réseaux communautaire et public. Selon nous, les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux occupent une position privilégiée qui leur permet de jouer un rôle déterminant dans l'établissement de ces relations. ///



# RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LE PARTENARIAT

Les relations entre le milieu communautaire et le réseau montréalais de la santé et des services sociaux (réseau) ont grandement évolué depuis les 25 dernières années. Celles-ci se sont modulées différemment selon les changements apportés au réseau, tels que la régionalisation du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) en 1994 et la création des agences et des centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2003-2004. À travers ces changements, l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population a toujours été reconnu et mis de l'avant. Ces derniers apportent une contribution originale et essentielle en termes de participation et de démocratisation sociales et d'action sur les déterminants sociaux de la santé.



**LYNE DUQUETTE**

Agente de planification,  
de programmation et de recherche  
Service régional des activités  
communautaires et de l'itinérance  
Direction adjointe au PDGA

Partenariat et soutien à l'offre de service  
Centre intégré universitaire de santé  
et de services sociaux (CIUSSS)  
du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

En 2004, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) donnait le mandat aux agences de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS). Ces RLSSSS impliquaient le développement de liens de partenariat étroits, harmonieux et fructueux avec les organismes communautaires. C'est dans ce contexte que le conseil d'administration (CA) de l'ancienne Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence de Montréal) adoptait en 2006 le *Cadre de référence régional sur le partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les centres de santé et de services sociaux, les autres catégories d'établissement et les organismes communautaires (Cadre de référence)*. Et afin d'assurer le suivi de l'application concrète des balises et des principes de ce cadre, la mise en place d'un comité régional de liaison a alors été privilégiée. Celui-ci permettait une interface régulière avec le milieu communautaire en servant de structure de liaison.

À l'automne 2014, le MSSS annonçait pour le prochain exercice financier, une transformation du réseau impliquant l'abolition des agences régionales ainsi que la création des centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS). Juste avant sa mise en œuvre, le comité régional de liaison a légué une version améliorée et bonifiée du *Cadre de référence*, qui fut approuvée par le CA de l'Agence de Montréal le 30 mars 2015.

Au 1<sup>er</sup> avril 2015 se déployait la nouvelle organisation du réseau, telle qu'inscrite dans le projet de Loi 10. Dans le cadre de cette loi, la gestion du PSOC a été confiée au Service régional des activités communautaires et de l'itinérance (Service régional) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) à la direction adjointe au PDGA. Corollairement, le comité régional de liaison devenait sous la gouvernance du Service régional.

À la suite de ce changement, la pertinence de maintenir le comité régional de liaison est toujours apparue incontournable. Le comité poursuit donc sa mission telle que décrite ci-dessous en préservant ses acquis, ses valeurs et ses pratiques, mais sous une forme différente qui prend en compte l'organisation actuelle du réseau.

## MISSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE LIAISON

- Assurer le suivi de l'application des balises et des principes directeurs du *Cadre de référence régional*.
- Assurer la liaison et la concertation entre le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu communautaire.
- Faire le suivi des dossiers relatifs à la gestion du PSOC.
- Échanger sur les sujets d'actualité et les enjeux relatifs au réseau de la santé et au milieu communautaire.
- Échanger sur tout autre objet lié aux préoccupations et aux besoins du milieu communautaire montréalais et des établissements du réseau de la santé.

Ainsi, la nouvelle structure du comité régional de liaison tient compte de la nécessité de garder au cœur des préoccupations le volet sur la gestion du PSOC, tout en instaurant un volet spécifique sur les relations partenariales et les enjeux transversaux relatifs au réseau. Il est composé de huit (8) regroupements régionaux, des cinq (5) CIUSSS ainsi que de la Direction régionale de santé publique, du Service régional et de la Direction adjointe du Bureau du Président-directeur général adjoint / Partenariat et soutien à l'offre de service du CCSMTL.

- RIOCM – Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
- COMACO - Coalition pour le maintien dans la communauté
- RAPSIM – Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
- RACOR – Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale
- RAFSSS - Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux
- ROPMM – Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain

- CRADI – Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle
- TOMS - Table des organismes communautaires montréalais de lutte contre le Sida (à statuer)
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du-Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du-Nord-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Un des premiers constats du comité régional de liaison a été la nécessité de réviser le *Cadre de référence* afin de mieux tenir compte des enjeux, des défis et des nouvelles réalités du réseau. Par conséquent, un comité de travail s'active présentement à définir les paramètres d'un partenariat respectueux et égalitaire entre le réseau et les organismes d'action communautaire œuvrant en santé et services sociaux, en précisant davantage les valeurs, les principes directeurs, les conditions gagnantes et les façons de faire qu'il sous-tend.

Dans un premier temps, le *Cadre de référence* se limitera aux acteurs qui sont actuellement représentés au sein du comité régional de liaison. Afin d'être davantage représentatif de la diversité des liens de partenariat qu'entretient le réseau, il pourra éventuellement s'élargir à un plus grand éventail de partenaires. Il faudra alors s'assurer de leur représentation et de leur participation à une instance de concertation élargie. De plus, il importera dans ce contexte de reconnaître officiellement un porteur régional du partenariat entre le réseau, les organismes communautaires et autres organismes à but non lucratif.

Pour l'heure, le souhait est de créer un document de référence qui servira de levier et saura guider les partenaires du réseau et des organismes d'action communautaire œuvrant en santé et services sociaux, et ce, dans le respect de leur autonomie et de leur mission respective.

Par ailleurs, compte tenu de la complexité d'un réseau composé de cinq (5) CIUSSS et de cinq (5) établissements non fusionnés, le défi est de favoriser par ce cadre la plus grande cohérence possible pour éviter les écueils et les iniquités dans les partenariats. Ultiment, le but visé consiste à faire valoir des fondements qui susciteront une forte adhésion des différents acteurs ciblés. Pour ce faire, des consultations à différents niveaux permettront de valider et de bonifier le contenu du *Cadre de référence*.

Enfin, précisons que le cadre actuel contient également un deuxième volet sur l'opérationnalisation du PSOC. Cette partie sera mise à jour ultérieurement et fera partie d'un document distinct qui deviendra le Cadre de gestion du PSOC. Les travaux ont été reportés pour être en mesure de considérer et d'y intégrer les nouvelles orientations ministérielles sur le PSOC, qui devraient être adoptées et mises en application au cours de l'année 2018. ///

# LA LOI 10 ET SA RÉFORME : UN FREIN À L'APPROCHE LOCALE ET CONCERTÉE EN SANTÉ GLOBALE

Les 63 Corporations de développement communautaires (CDC) du Québec sont des regroupements locaux et multisectoriels d'organismes communautaires (plus de 2 500). La Table nationale des Corporations de développement communautaire (TNCDC) les regroupe et les soutient dans leurs objectifs, dans une perspective de développement global et durable de notre société. La récente réforme du système de santé et de services sociaux du Québec a apporté plusieurs obstacles à la manière dont les CDC dynamisent les territoires et les collectivités en collaboration avec leurs partenaires en développement social local.

## PROXIMITÉ, SANTÉ GLOBALE ET PARTENARIATS

Dans le cadre d'une réflexion sur les transformations récentes apportées au réseau public de santé et services sociaux, l'apport du réseau des CDC réside dans son lien de proximité avec les communautés locales et la connaissance de leurs besoins particuliers. Par ailleurs, la réalité multisectorielle des CDC fait en sorte que les enjeux locaux sont compris de manière globale. Cette approche n'est pas sans rappeler la conception large de la santé qui figure dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec*, laquelle insiste notamment sur les capacités des individus à agir dans leur milieu. Finalement, une CDC est une partenaire incontournable des établissements de santé et de services sociaux pour ses volets de concertation et de partenariat.

Or, nous verrons que la réforme actuelle du réseau de la santé et de services sociaux affecte précisément la proximité avec les communautés, la vision globale de la santé et les partenariats territoriaux, trois aspects fondamentaux de l'action des CDC.

**MARC-ANDRÉ MORENCY**  
Agent de développement

**EVE-ISABELLE CHEVRIER**  
Directrice générale  
Table nationale des Corporations de  
développement communautaire (TNCDC)

## LES RÉFORMES ET LEURS IMPACTS SUR LES COMMUNAUTÉS

Il importe de rappeler l'ancrage communautaire des services de santé et sociaux. Lors de leurs créations, les centres locaux de services communautaires (CLSC) devaient offrir les « soins de santé curatifs et préventifs de base; les services sociaux qui répondent aux besoins courants des individus; l'action communautaire dans le but d'amener la population à participer à l'identification et à la solution des problèmes de santé et sociaux du milieu par l'information, l'animation et l'éducation » (Gaumer et Desrosiers 2004, p. 54).

En 2003, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (loi 25) est adoptée : des fusions d'établissements donnent naissance aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. Malgré les fusions, les CSSS ont réussi à maintenir un rôle important en développement social local, en collaboration avec les CDC et les autres partenaires des milieux. L'agir collectif citoyen en termes de santé globale demeurerait possible.

Douze ans plus tard, le *Projet de loi 10* est adopté :

- réforme de 182 CSSS à 28 Centres intégrés et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSS),
- abolition des Agences régionales de santé et de services sociaux,
- et transfert de plusieurs ressources vers les Groupes de médecine de famille (GMF), centrés sur les médecins.

En juin 2016, lors d'une rencontre nationale des CDC, la plus récente réforme a fait l'objet d'une réflexion collective pendant laquelle des observations réelles sur les transformations en cours dans les milieux étaient soulevées.

### REDÉFINITION DES RÔLES ET DES RESSOURCES

La réforme du réseau de la santé est venue fragiliser, parfois même briser ces relations de proximité. En effet, les acteurs en développement social du réseau public sont amenés à couvrir de plus larges territoires avec les mêmes ressources, diluant du même coup la capacité d'agir sur des enjeux plus ciblés et locaux. Quant aux établissements régionaux et leurs dirigeants, c'est désormais au ministère qu'ils rendent des comptes. Comparée à la philosophie CLSC, qui intégrait des citoyens locaux dans l'évaluation des enjeux et des résultats, la nouvelle logique centralisatrice saute aux yeux. Cette dernière fait en sorte que les ressources humaines se raréfient et les outils dont disposent les ressources restantes s'amenuisent. La distance créée rend improbable le soutien de proximité aux communautés ainsi que leur pouvoir d'agir dans leurs milieux.

Les besoins des communautés locales en santé globale demeurent, voire s'aggravent, dans ce contexte de changements organisationnels.

### COMMUNAUTÉS ET CDC : FRAGILISATION DES CONCERTATIONS ET DES SERVICES

Pour les CDC, qui agissent prioritairement en concertation, partenariat, représentation et consolidation communautaire, le travail est soudainement devenu beaucoup plus complexe : l'écosystème au sein duquel elles agissaient est bouleversé. Avec un pôle curatif très fort et une standardisation des services offerts, résultat direct de la grosseur des structures, il devient de plus en plus difficile de s'adjoindre les CISSS/CIUSSS aux tables de concertation en développement social.

Dans une autre optique, il revient souvent aux CDC et à ses organismes membres de pallier les vides laissés par le réseau public. Si les organismes eux-mêmes héritent d'une surcharge de travail, conséquence de l'éloignement des établissements qui offrent les services de proximité, les CDC voient quant à elles leur rôle en développement, l'essence même de leur action, mis entre parenthèses. Ce sont, au bout du compte, les communautés qui voient la qualité de leurs milieux et leurs conditions de vie menacées.

Sur le plan de la connaissance des milieux, les CDC sont évidemment d'excellentes ressources compte tenu de l'échelle

L'apport du réseau des CDC réside dans son lien de proximité avec les communautés locales et la connaissance de leurs besoins particuliers.

**Avec un pôle curatif très fort et une standardisation des services offerts, résultat direct de la grosseur des structures, il devient de plus en plus difficile de s'adjoindre les CISSS/CIUSSS sur les tables de concertation en développement social.**

de leur action. La nouvelle distance entre les CDC et les établissements de santé et services sociaux crée des insatisfactions, les solutions à des besoins locaux particuliers étant difficilement conciliables avec des perspectives et cibles régionales des établissements dont les membres des conseils d'administration sont essentiellement externes aux échelles locales. Cette perte de communication a bien entendu des effets tangibles sur le terrain : trous de services, dédoublement de services, débordements dans les organismes membres, etc. Dans ce scénario, les problématiques en santé globale menacent de s'alourdir et, simultanément, d'être moins bien traitées. On se retrouve ainsi dans un cercle vicieux.

## RECONSTRUCTION DES PARTENARIATS ET RETOUR VERS LES COMMUNAUTÉS

La TNCDC est partenaire d'organismes nationaux, dont le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC), qui nous expriment le besoin de créer et d'entretenir des relations durables entre les acteurs du développement social et communautaire, particulièrement dans cette période de chambardement des structures publiques. Les besoins des communautés locales en santé globale demeurent, voire s'aggravent, dans ce contexte de changements organisationnels. Pour continuer d'y répondre, il faut de toute évidence utiliser l'intelligence collective pour cibler les nouveaux enjeux qui nous concernent.

Il faut travailler ensemble à recréer ou inventer de nouveaux leviers permettant de faire face aux enjeux locaux. Nous pensons évidemment à la concertation en développement social, incontournable à nos yeux. D'ailleurs, les CDC ont également soulevé la volonté d'aller vers les CISSS/CIUSSS et les inciter

à faire preuve de souplesse pour s'arrimer aux échelles locales. À l'époque de la réforme ayant créé les CSSS, certains territoires de CLSC ont continué d'être la base de réflexion pour la compréhension sociosanitaire des milieux. Les CDC et les organisatrices et organisateurs communautaires, entre autres partenaires, peuvent continuer d'être les porte-étendards d'une telle approche. Finalement, les CDC ont souligné l'importance de s'adjoindre les instances régionales de santé publique dans les concertations en développement social. Tout ceci dans le but du retour vers les communautés locales, dans une optique de santé globale des milieux.

## CONCLUSION

Les constats dressés ici sont inquiétants sur le plan du développement social local. D'ailleurs, la récente réforme du système de santé peine à remplir son objectif, l'efficience.

Néanmoins, certains espoirs demeurent. À l'automne 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux mettait de l'avant sa Politique gouvernementale de prévention en santé. Cette dernière consisterait en un « cadre intersectoriel structurant pour agir sur les facteurs qui ont un impact déterminant sur la santé. La Politique vise l'ensemble des Québécois et, lorsque nécessaire, cible avec plus d'intensité les populations vulnérables dans le but de réduire les inégalités sociales de santé ». Dans la politique elle-même, le milieu communautaire est convoqué à plusieurs endroits pour répondre aux cibles que le gouvernement s'est fixées.

Nos espoirs sont multiples en regard de cette politique :

- Que les instances et les concertations déjà existantes soient respectées et appuyées;
- Que l'échelle locale soit revalorisée dans l'analyse des enjeux de santé globale;
- Que les effets de la Politique de prévention en santé contribuent à atténuer les impacts de la loi 10 en termes de diminution des services préventifs en santé globale et en termes d'implication citoyenne.

Si ces souhaits s'incarnaient, les CDC du Québec seraient les premières à offrir leur collaboration pour redynamiser les milieux, les concerter sur les bases du développement social et à en améliorer les conditions de vie et de santé globale pour tous les citoyens et citoyennes. ///

### Références

GAUMER B. et G. DESROSIERS (2004). « L'Histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Système », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10 :1, pp. 52-70.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé*. Consulté sur internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/>

CHOUINARD, Tommy (2017). « L'accès à des services de santé "pose problème", dit le Protecteur du citoyen », *La Presse*, 28 septembre. Consulté sur internet : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201709/28/01-5137496-lacces-a-des-services-de-sante-pose-probleme-dit-le-protecteur-du-citoyen.php>



**L'AGESSS:  
L'ALLIÉ QUI PORTE  
VOTRE VOIX**

En choisissant l'**AGESSS**, vous vous alliez à l'association ayant la plus grande force de représentation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Reconnus officiellement comme porte-parole des gestionnaires par le ministère de la Santé et des Services sociaux, nous utilisons toutes les tribunes à notre disposition afin de faire valoir vos intérêts et défendre vos droits individuels et collectifs.

## **VOS BESOINS, VOS DÉFIS, VOS ESPOIRS DÉTERMINENT NOS ACTIONS.**

Avec près de 7 000 membres qui nous accordent leur confiance, nous sommes fiers de porter haut et fort la voix des gestionnaires !



# **AGESSS**

**Association des gestionnaires  
des établissements de santé  
et de services sociaux**

[agesss.qc.ca](http://agesss.qc.ca)

450 651-6000 | 1 800 361-6526

[agesss@agesss.qc.ca](mailto:agesss@agesss.qc.ca)

Facebook AGESSS | Twitter @agesss\_info

YouTube AGESSSvideos

# UNE NOUVELLE VOCATION POUR L'ÉGLISE DU QUARTIER

Cet article présente une démarche collective de requalification d'une église à des fins communautaires, culturelles et de logements communautaires au centre-ville de Montréal.

Depuis douze ans, des organismes se sont mobilisés d'abord et avant tout pour répondre à leurs besoins spécifiques en matière de locaux, de logements ou d'installations culturelles. Aujourd'hui, il y a plus. L'Îlot Sainte-Brigide devient un pôle d'activités qui facilite les collaborations entre les organismes, transforme les voisins en partenaires et participe au mieux-être du voisinage. Le succès de l'initiative repose sur l'implication et l'engagement de chaque partie prenante, mais aussi sur la contribution du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL), qui y apporte son soutien depuis les toutes premières démarches.

## UN SECTEUR DÉVITALISÉ

Au début des années 2000, le développement du centre-ville exerce une pression sur les loyers, tant résidentiels que commerciaux. On assiste à un manque de logements sociaux et abordables, à des organismes communautaires qui quittent le quartier ou envisagent de le faire. À l'automne 2005, deux d'entre eux font appel au soutien de l'organisation communautaire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, maintenant intégré au CCSMTL, pour les accompagner dans la recherche de solutions.

La situation de la paroisse Sainte-Brigide est précaire : le nombre de paroissiens impliqués décroît et sa situation financière ne lui permet pas de poursuivre sa mission sociale tout en préservant le patrimoine religieux que représente l'église Sainte-Brigide-de-Kildare (1878-1879). À l'instar des organismes communautaires, des artistes et organismes culturels sont menacés d'expulsion de leurs ateliers et lieux de création. Enfin, avec l'arrivée d'une nouvelle population résidante mieux nantie, l'intolérance et le sentiment d'insécurité des uns et des autres placent les enjeux de cohabitation au centre des défis du quartier.

## LA REQUALIFICATION DE L'ÉGLISE

À l'hiver 2006, un collectif adopte des orientations pour un projet de requalification de l'église. En plus des représentants de la paroisse et ceux des organismes — le PAS de la rue et Carrefour Marguerite-Bourgeoys —, accompagnés par l'organisateur communautaire, on y retrouve un centre de la petite enfance (CPE) menacé d'expulsion, des organismes occupant le sous-sol de l'église, considérés comme les œuvres de la paroisse, et la Chaire de recherche du Canada en patrimoine urbain de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM).



**FRANÇOIS SOUCISSE**

Organisateur communautaire  
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

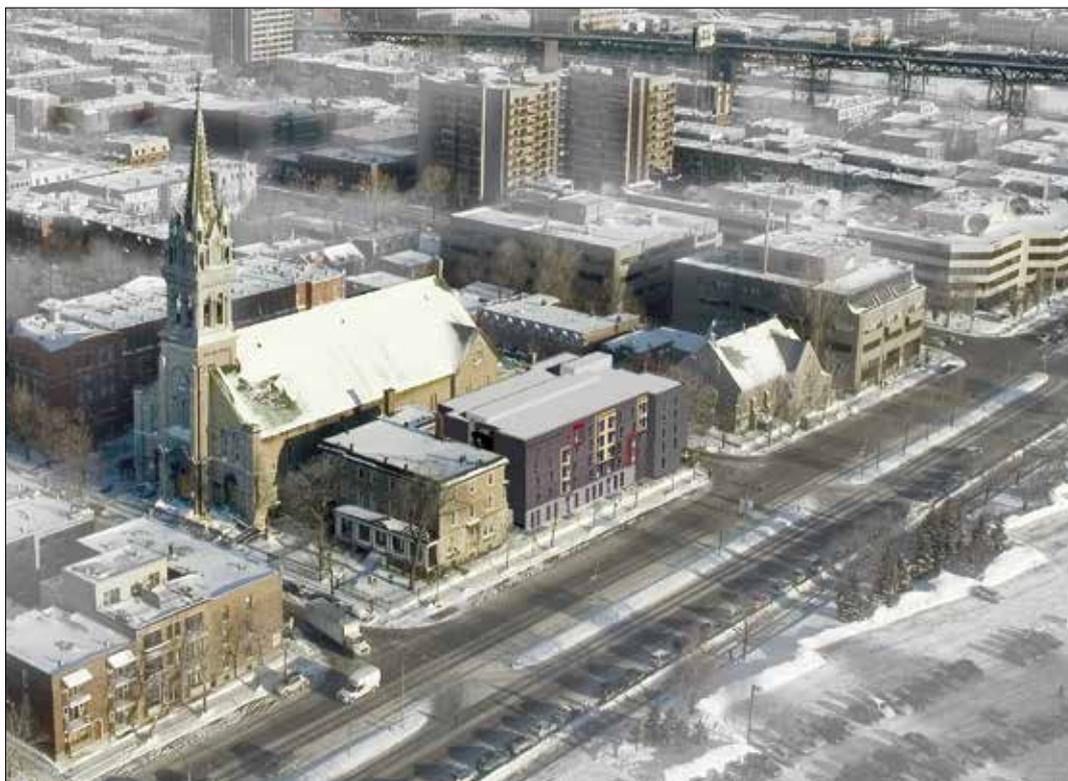
Suivra rapidement la création d'un organisme à but non lucratif (OBNL), le Centre culturel et communautaire Sainte-Brigide (CCCSB), par le biais duquel les organismes concernés coordonneront solidairement le développement du site selon les orientations déjà convenues, soit une vocation sociale, culturelle et d'habitation communautaire.

Des études préliminaires au développement ont porté sur quatre volets : la valeur patrimoniale, les besoins de la communauté, le potentiel architectural et la viabilité financière. Plus de 35 organismes communautaires ont répondu à un appel d'intérêt en vue de leur relocalisation sur le site. Les études préliminaires permettent d'établir une stratégie de développement par phase et en copropriété.

difficulté. Une nouvelle vocation est donnée au presbytère, maintenant occupé par un organisme qui accueille, 24 heures sur 24, des jeunes en difficulté se retrouvant à la rue, dont certains seront hébergés en logement transitoire.

Plus récemment (2015), neuf logements de transition ont pris place dans l'ancienne sacristie pour permettre l'intégration de personnes âgées sans domicile fixe. Puis, au sous-sol de l'église, l'aménagement d'une installation sportive pour la pratique du hockey sur patin à roues alignées, répond au rêve des jeunes du quartier qui fréquentaient déjà l'organisme de loisir présent sur les lieux depuis près de quarante ans. En 2018, deux compagnies (OBNL) de création en théâtre pour l'enfance et la jeunesse entreprendront les travaux de

### Vue aérienne de l'église



Église Sainte-Brigide, presbytère et le nouveau pavillon complété en 2011.

Source : Vincent Lafrance (photo aérienne) Beaupré Michaud et Associés, Architectes (ajout du bâtiment 3D)

Les organismes et partenaires impliqués dans le développement de la première phase mobilisent des ressources financières permettant au CCCSB de s'engager dans l'acquisition de l'ensemble du site : église, presbytère, baptistère, sacristie et terrain de stationnement. L'acquisition est conclue en mars 2010, fort de l'assurance de l'acquisition du presbytère et du stationnement par des organismes qui détiennent eux-mêmes la garantie du financement de leur projet respectif. Cette première phase est complétée en 2011. Sur le terrain de stationnement, un nouvel édifice réunit trois copropriétaires : une coopérative d'habitation de 47 unités dédiées à des artistes – un centre de jour accueillant des personnes âgées en situation d'itinérance – et un organisme d'insertion sociale et professionnelle pour des adultes en

**L'îlot Sainte-Brigide est devenu un lieu d'entraide et de collaboration mêlant les générations, le social, la culture et les approches propres à chaque organisme.**

**Une coupe 3D de l'église, donnant un aperçu des travaux à venir (mais qui ne situe pas les parties déjà développées - nouveaux bâtiments et presbytère)**



BEAUPRÉ MICHAUD ET ASSOCIÉS, ARCHITECTES + LAPOINTE MAGNE ET ASSOCIÉS, ARCHITECTES ET URBANISTES

Modélisation du projet en développement dans la nef.

Source : Beaupré Michaud et Associés, Architectes – Lapointe Magne et Associés, Architectes

réaménagement d'une partie de la nef de l'église (60 %) pour s'y installer de manière permanente. Enfin, une dernière portion de la nef (40 %) fait actuellement l'objet d'étude en vue d'y intégrer des installations de loisirs pour les jeunes du quartier, les équipements d'un organisme de cirque social et des bureaux pour d'autres organismes.

**UN ÎLOT RAFRAICHISSANT DE SOLIDARITÉ**

L'îlot Sainte-Brigide est devenu un lieu d'entraide et de collaboration mêlant les générations, le social, la culture et les approches propres à chaque organisme. En regroupant l'offre de services communautaires dans un même espace, on facilite leur accessibilité pour des personnes marginalisées. Les responsables d'organisme misent sur une mutualisation des ressources et un croisement des savoirs. « Ici, les vieux côtoient les jeunes, les créateurs côtoient les gens de la communauté, ça nous transforme tous. »

Pour les organismes, être propriétaire de son immeuble change le rapport avec le voisinage. Des voisins sont contents de voir à nouveau la lumière aux fenêtres du presbytère. D'autres, à l'occasion de la fête de quartier, se disent soulagés d'apprendre que l'église ne sera pas démolie. Cela reflète un changement avec le « pas dans ma cour » que certains organismes ont connu dans le passé. Au-delà du projet immobilier, les organismes deviennent collectivement un acteur qui améliore les conditions de vie dans le quartier.

Au terme de son développement, la requalification de l'îlot aura généré des investissements de plus de 32 millions dans le quartier, incluant 67 logements et les locaux pour neuf organismes. Les six organismes actuellement présents sur le site comptent 150 employés et plus de 425 bénévoles actifs. Ils cumulent un chiffre annuel d'activités de plus de 5,8 millions de dollars. Par un effet de synergie, les ressources sociales et culturelles servent également à recycler un bien collectif, permettant de préserver l'église et son clocher dans le paysage urbain pour les générations futures.

Le temps requis pour le développement du projet est tributaire du principal défi.

## LES DÉFIS

Le temps requis pour le développement du projet est tributaire du principal défi : s'adapter aux changements qui surviennent et son corolaire, assurer la continuité. Depuis douze ans, ces changements ont été de différentes natures : le retrait de partenaires – le changement à la direction de tous les organismes – l'élection d'un nouveau gouvernement (provincial, fédéral ou municipal) – une nouvelle députée à sensibiliser – une nouvelle ministre de la Culture - la remise en question du développement des CPE – l'arrivée d'un nouvel archevêque – etc. Chaque fois, il faut revoir les plans, expliquer le projet, trouver des solutions, et ainsi de suite.

L'engagement des organismes partenaires, de leur conseil d'administration et l'implication des directions est sans doute l'une des principales conditions de son succès, tout comme la culture de solidarité qui a pu s'établir et se consolider à travers la résolution de problèmes concrets, en fonction d'une vision partagée.

## L'APPORT DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Selon les promoteurs communautaires de l'îlot Sainte-Brigide, ce projet n'aurait pas vu le jour sans l'apport de l'organisateur communautaire du CIUSSS, un soutien d'une intensité variable selon les étapes, les besoins, les opportunités à saisir et les problèmes rencontrés. L'expertise de l'organisateur communautaire quant aux processus, sa connaissance du milieu et ses compétences relationnelles lui permettent d'exercer un leadership démocratique facilitant la mobilisation éclairée des partenaires. L'organisateur communautaire a soutenu les processus d'incorporation, de reconnaissance comme organisme de bienfaisance et la mise en place d'une vie associative démocratique. Il contribue à planifier l'action collective (animation et coordination), il veille à l'intégration des nouveaux partenaires et au maintien d'une culture d'entraide et de collaboration. Il se voit confier des mandats particuliers comme l'exemption de taxes foncières, des demandes de financement, la rédaction de documents de présentation et d'un mémoire. Avec ses partenaires, il élabore des solutions innovantes, notamment sur le mode de propriété, la gouvernance, le financement et la responsabilité collective à l'égard des composantes patrimoniales sans valeur d'usage économique (le clocher).

## Plateau sportif, les jeunes du quartier qui profitent du nouvel aménagement.



Hockey sur patins à roues alignées, aménagé au sous-sol, par suite du retrait des colonnes (2015).

Source : Photo Association Les chemins du soleil

## AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Depuis le tout début, notre établissement soutient le développement de l'îlot Sainte-Brigide, parce qu'il y voit l'opportunité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. La responsabilité populationnelle des CISSS et des CIUSSS implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de leur territoire, notamment en agissant en amont sur les déterminants de la santé. Les déterminants sociaux sont ceux ayant la plus grande incidence sur la santé : l'environnement socio-économique (50 %) et l'environnement physique (25 %). L'action des différents organismes de l'îlot Sainte-Brigide a des impacts en termes matériels et relationnels auprès de divers groupes de la population, parmi les plus marginalisés du territoire. Ces partenaires communautaires sont une composante essentielle du réseau local de services. Par le soutien constant de l'organisation communautaire dans cette démarche d'innovation sociale, le CIUSSS contribue, avec ses partenaires, à développer la santé et le bien-être dans une perspective d'un développement urbain durable. ///

### Références

RQIIAC (2010). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS, Cadre de référence du RQIIAC*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé, PUQ, 158p.

LECLERCQ, Jean-Baptiste, chercheur d'établissement, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Sophie COULOMBE, agente de recherche. Notes tirées d'entrevues menées à l'îlot Sainte-Brigide, auprès de responsables, intervenants, professionnels, acteurs impliqués et usagers dans le cadre d'une recherche en cours, *État social et impact des pratiques de travail/organisation communautaire sur les inégalités sociales*. Étude comparée Québec – Catalogue, 2016.

# RSSS / ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DANS UN CONTEXTE DE TRAGÉDIE



**MONIQUE PHÉRIVONG LENOIR**

Directrice générale, Corporation  
de développement communautaire  
(CDC) du Granit - membre de la Table  
nationale des CDC (TNCDC)



**JANOT GOSSELEIN**

Organisateur communautaire  
Centre intégré universitaire de santé et de  
services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS,  
installation CSSS du Granit -  
membre du RQIIAC

De tout temps, les relations entre le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et les organismes communautaires ont été teintées au plan structurel par les politiques gouvernementales successives et, sur le terrain, par les organisations et les personnes qui y travaillent. Ainsi, tout en se conformant aux paramètres qui régissent les deux réseaux, les méthodes de travail et de collaboration de ces partenaires résultent de la perception de leurs rôles et du degré de compréhension de leurs réalités respectives. Dans ce cadre et en regard de la qualité des relations établies entre la Corporation de développement communautaire (CDC) du Granit et l'installation Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Granit par l'intermédiaire de son service d'organisation communautaire, il est apparu naturel d'écrire ensemble sur ce thème.

## LE TERRITOIRE ET SES ACTEURS

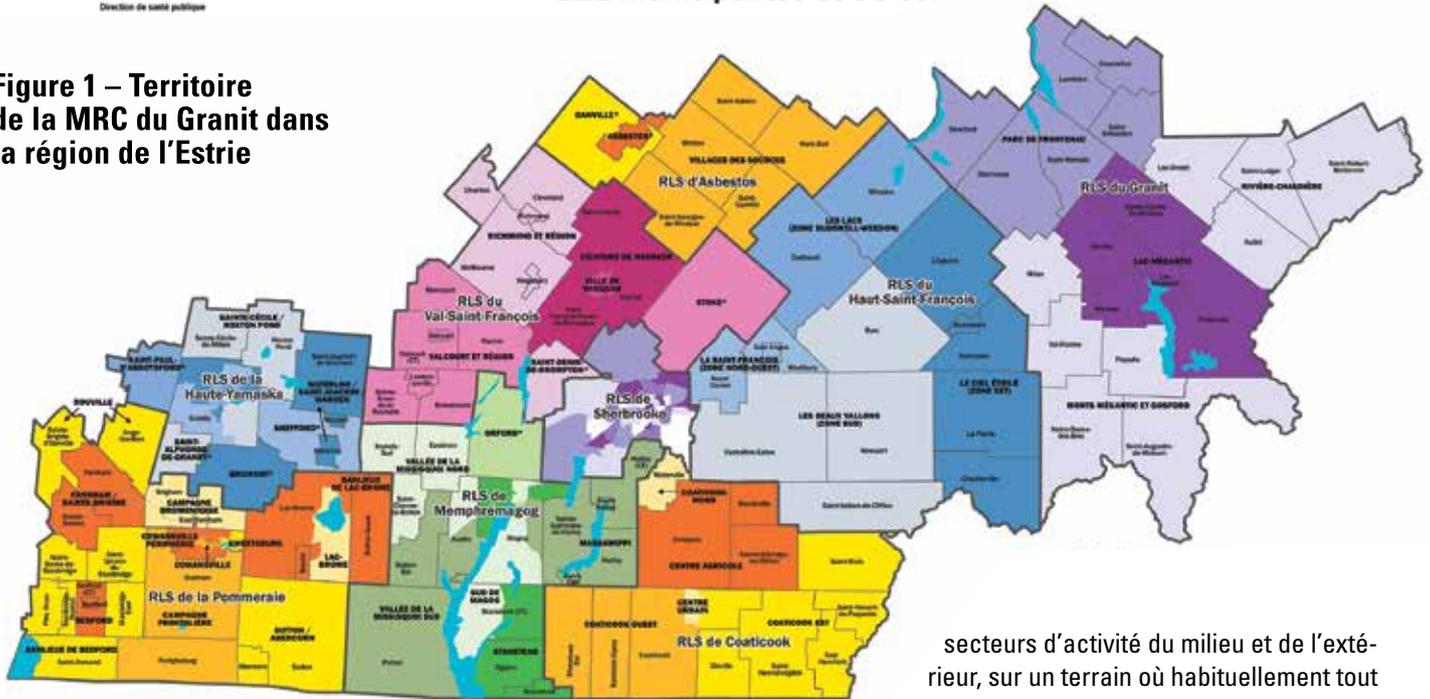
La Municipalité régionale de comté (MRC) du Granit est située dans le sud du Québec, à l'est de la région de l'Estrie, aux limites de la Beauce et de l'État du Maine (É.-U.). C'est le plus vaste territoire parmi les MRC de l'Estrie, avec ses 2 735,21 km<sup>2</sup>, et le moins densément peuplé, soit 7,8 habitants par km<sup>2</sup> (31,2 hab. / km<sup>2</sup> en Estrie). En 2016, la population totale de la MRC est de 21 462 personnes. Elle est composée de 20 municipalités variant de 178 à 5 647 habitants, dont une seule possède le statut de ville, Lac-Mégantic, et où se situent les principaux services (voir figure 1).

Territoire majoritairement rural relativement éloigné de centres urbains d'importance, les réponses aux besoins de la population se sont le plus souvent appuyées sur des volontés d'autonomie, d'ouverture, de concertation et de proximité.

- *Autonomie*, dans le sens « donnons-nous les outils pour assurer notre propre développement » – constitution de la CDC du Granit pour assurer le développement communautaire.
- *Ouverture*, en regard d'une diversité réaliste de structures communautaires locales favorables à accueillir des activités ou des services complémentaires à leur mission de base – Centre d'action bénévole qui regroupe la Banque alimentaire et les cuisines collectives.

## LA RÉGION DE L'ESTRIE 121 municipalités et 96 communautés

Figure 1 – Territoire  
de la MRC du Granit dans  
la région de l'Estrie



- *Concertation*, dans l'optique d'une collaboration multisectorielle optimale des ressources disponibles – présence de concertations existant depuis plus de 25 ans.
- *Proximité*, dans une perspective de gouvernance et d'offres de services en santé et services sociaux le plus près possible de sa population – Centre local de services communautaires (CLSC) Maria-Thibault / CSSS du Granit et organismes communautaires pour la MRC du Granit.

Par ailleurs, bien que ces derniers éléments aient pu servir de référence aux acteurs des deux réseaux quant aux manières de créer leurs relations, de tisser leurs liens ou encore d'établir leurs partenariats, il serait illusoire de penser qu'il n'y a pas eu de situations problématiques, litigieuses venues marquer leur histoire. Toutefois, nous comprenons que la tragédie survenue le 6 juillet 2013 à Lac-Mégantic a sérieusement mis à l'épreuve les assises même de ces fondements.

### LA TRAGÉDIE DE LAC-MÉGANTIC

Intervenir dans une communauté ébranlée par une catastrophe de l'envergure de celle de Lac-Mégantic prend un sens tout particulier du fait qu'il s'agit d'un événement découlant d'une activité humaine. *Porteur d'une superposition de deuils* pour les individus, les familles, les organisations de Lac-Mégantic et de la MRC d'appartenance, il est venu lourdement les affecter tant sur les plans humain, social, environnemental, économique et commercial. Bien entendu, cette situation exceptionnelle a nécessité la mise en place de mesures d'urgence très rapides de même qu'une adaptation incroyable de la part de l'ensemble des ressources dispensant des services à la population. Par ailleurs, le déploiement d'une multitude d'actions et d'interventions initiées par des acteurs de divers

secteurs d'activité du milieu et de l'extérieur, sur un terrain où habituellement tout le monde se connaît, a eu pour effet d'ajouter à la complexité de l'exercice. De plus, le changement de gouvernement, la mise en place d'une politique dite de *rigueur budgétaire* et la suppression de plusieurs structures régionales et locales ont aggravé le sentiment de perte de repères déjà bien ressenti par la population.

À n'en point douter, l'onde de choc fut très forte pour la communauté et c'est pourquoi un moment de repli était presque inévitable chez les acteurs du milieu. C'était d'autant plus le cas pour ceux ayant été physiquement touchés par la tragédie – p. ex., Municipalité régionale de comté (MRC), Société d'aide au développement des collectivités (SADC), Chambre de Commerce – ou encore ceux délocalisés temporairement – p. ex., CDC, Transport collectif, Centre des Femmes. Ayant pour premier objectif d'apporter le soutien le plus adapté possible aux résidents du territoire, le domaine de la santé et des services sociaux n'a pas échappé à cette règle.

### LA RÉACTION DU RSSS ET DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Cela dit, les impératifs de la situation ont imposé à chacun de reprendre rapidement possession de ses moyens; ce qui fut possible grâce aux liens de confiance déjà existants entre partenaires et à la connaissance des acteurs et de leurs capacités d'agir. En fonction des défis à relever, des comités de travail multisectoriels se sont spontanément formés, pour aller chercher auprès de chacun de ses membres le meilleur de lui-même et de son organisation, *faisant fi des différences qui auraient pu les diviser*.

L'objectif commun de nos deux réseaux étant de participer au rétablissement psychologique et social de la population, de grands projets structurants pour la communauté sont nés

en complément des soutiens individuels et de petits groupes offerts respectivement. Citons entre autres la *Grande Cueillette des Mots du Granit*, en collaboration avec le Théâtre des Petites Lanternes de Sherbrooke, un projet de dialogue et de cohésion sociale mettant de l'avant une démarche d'écriture nourrie par les citoyens de la MRC. Une marche collective sur la ligne du temps, un voyage dans les histoires d'hier, d'aujourd'hui et de demain sur la thématique universelle des repères. Une expérience théâtrale au cœur de la vie des gens, où plus de 500 résidents et résidentes de tous âges et de toutes les municipalités de la MRC du Granit furent invités à devenir celles et ceux qui en inspireront l'histoire.

De même, le projet *Le Concerto* qui, en partant de besoins exprimés par la population et conforté par la grande démarche de participation citoyenne *Réinventer la Ville*, a favorisé la concertation de plusieurs organisations communautaires et institutionnelles autour de la réalisation d'un bâtiment à vocation mixte dans le centre-ville en reconstruction de Lac-Mégantic. Regroupant des logements à loyers abordables avec des services dédiés aux familles (services de garde à horaires régulier et atypique, un parc de jeux intérieurs et une équipe d'intervenants de proximité), il agit comme un milieu de vie dynamique générateur d'activités sociales, communautaires, économiques et récréatives porteuses d'opportunités et de retombées positives pour la santé des gens de Lac-Mégantic et la MRC du Granit.

Ces quelques projets furent canaliseurs d'énergie et créateurs d'espoir, tant pour la population que pour les organisations du milieu.

## RESPONSABILITÉS ET PARTICIPATION COLLECTIVES

Le partage des responsabilités entre la CDC du Granit et l'installation du CSSS du Granit s'est organisé tout naturellement à partir des forces reconnues de chacun, dans le cadre d'un leadership partagé. C'est ainsi que la coconstruction et la réalisation de ces deux projets se sont articulées autour de la mise en commun des réseaux respectifs de nos deux organisations, du recours à des partenaires en provenance d'autres secteurs d'activité et d'une mobilisation citoyenne essentielle à leur réussite.

Toutefois, ils n'ont pas été exempts d'obstacles, mais nous avons pu les surmonter grâce :

- ❖ à l'exercice conjoint d'un leadership participatif basé sur la transparence et le partage, qui a permis de rallier des partenaires de divers horizons mais aussi de favoriser l'appropriation et la participation de la population à ces projets;
- ❖ à la volonté de se centrer sur l'objectif et non sur les organisations ou les structures que nous représentons, ce qui induit de faire des compromis, de se considérer sur

le même pied d'égalité, d'utiliser les forces de chacun, d'avoir une vision commune et d'être prêts à prendre des risques mesurés;

- ❖ au développement de notre argumentaire afin de rallier à notre cause des partenaires initialement sceptiques ou en opposition;
- ❖ à la prise en compte du rythme de chacun en acceptant que les citoyens, les organisations, ne sont pas tous à la même place, au même moment et composer avec cette réalité, ce qui peut alourdir momentanément les processus mais qui au final solidifie les résultats.

## CONCLUSION

S'il y a des leçons à tirer de ces expériences, nous ne saurions trop insister sur la profonde nécessité d'avoir confiance en la capacité des gens à trouver leurs propres solutions et de nos deux réseaux à se mettre au service du bien-être de la population et non le contraire. À cet égard, que ce soit :

- ❖ l'organisme communautaire, dans sa volonté d'être une ressource s'appuyant sur des valeurs d'accueil, de solidarité et de changement social;
- ❖ l'organisateur communautaire, dans son rôle d'agent de liaison entre la communauté et le RSSS;
- ❖ l'intervenant social ou en santé, dans son ouverture à apprécier la personne dans son environnement global;
- ❖ le gestionnaire, dans son recours à une approche intégrée des services, au travail multidisciplinaire et multisectoriel et à une application souple des règles administratives pour la meilleure autonomie des intervenants sur le terrain;
- ❖ l'administrateur, dans sa conception humaine d'une offre de services adaptée et à proximité des besoins de la population;
- ❖ ou toute autre ressource du milieu...

...tous peuvent contribuer à l'atteinte de ce grand objectif commun<sup>(1)</sup>.

Enfin, tragédie ou pas, intervenants, gestionnaires ou administrateurs, réseau public ou communautaire, rappelons-nous qu'il y aura toujours place pour l'ouverture à la réalité de l'autre, une bonne connaissance de ce qui caractérise la population à desservir, l'établissement de liens étroits avec les acteurs du milieu, la participation dynamique des citoyens, la mobilisation et l'accès aux ressources. ///

### Référence

1. MALTAIS, D. et C. LARIN (dir.) (2016). *Lac-Mégantic - De la tragédie... à la résilience*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

# LES ORGANISMES PHILANTHROPIQUES : LES GRANDS OUBLIÉS DU « COMMUNAUTAIRE » EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Lorsqu'ils définissent les principaux acteurs d'un réseau territorial ou local de services de santé et de services sociaux, tant le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) que la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) utilisent l'appellation « organismes communautaires » pour regrouper les OBNL<sup>1,2</sup> qui contribuent à la santé et au bien-être des Québécois. De la même façon, la population considère comme faisant partie d'un seul et même groupe tous les organismes issus de la communauté qui reposent principalement sur l'action bénévole, voire la générosité de donateurs.

Or, trop souvent, quand on dresse un portrait du « communautaire » en santé et services sociaux on ne tient pas compte des organismes philanthropiques qui en sont pourtant des acteurs-clés.



**MARIE-CLAUDE LAFLEUR**  
LL.M. droit et politiques de la santé

Consultante en gestion, communication et droit de la santé  
Chargée de cours, Affaires publiques et développement des OBNL  
Certificat en gestion philanthropique  
Université de Montréal

## LA LSSSS ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) reconnaît d'entrée de jeu la place et les responsabilités des organismes communautaires dans l'organisation des services de santé et des services sociaux québécois.

Dès l'article 2 de cette loi, on établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières qui vise entre autres à partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et

1. OBNL : Organisme à but non lucratif. Certaines personnes et organisations vont plutôt utiliser le terme Organisme sans but lucratif (OSBL) pour parler de ces mêmes organismes. Nous utilisons OBNL dans cet article.

2. À l'exception des OBNL exerçant des activités économiques à des fins sociales – c'est-à-dire qui vendent ou échangent des biens et services non pas dans le but de faire du profit, mais plutôt dans celui de répondre aux besoins de ses membres ou de la communauté – qui font alors partie de la catégorie Entreprises d'économie sociale. (Réf : Loi sur l'économie sociale (RLRQ, chapitre E-1.1.1))

des services sociaux. Ainsi, depuis l'entrée en vigueur en 1991 de la LSSSS, remodelée par la « réforme Côté » et l'adoption du Projet de loi 120, les organismes communautaires figurent comme l'un des piliers fondamentaux d'un régime de services de santé et de services sociaux (Lafleur, 2015) <sup>(1)</sup> institué pour assurer le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes<sup>(2)</sup>.

Soulignons que cette entrée dans la LSSSS en 1991 témoigne d'une reconnaissance des organismes communautaires, notamment de leur contribution à la santé et au bien-être des Québécois, de leur autonomie ainsi que de leur capacité à innover pour répondre aux besoins nouveaux de la communauté et à ceux non comblés par le réseau public (Jetté, 2008) <sup>(3)</sup>. Cette reconnaissance des organismes communautaires n'a fait que s'accroître depuis la création du réseau public de santé et de services sociaux en 1971, ce dont témoignent grandement les rapports des diverses commissions et réformes sur les services de santé et les services sociaux (Lafleur, 2015) <sup>(1)</sup>.

L'article 334 de la LSSSS définit ainsi l'organisme communautaire : une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont

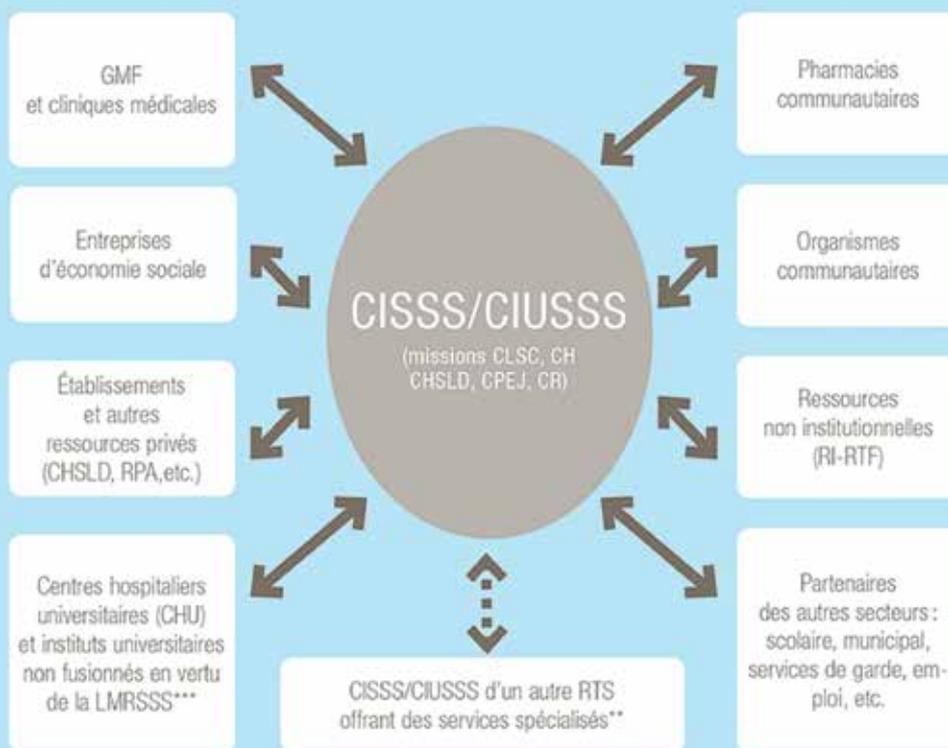
administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux<sup>3</sup>.

Tant les organismes d'action communautaire autonome agréés/accrédités par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) que les organismes de bienfaisance enregistrés (aussi appelés organismes philanthropiques) dédiés à la santé et aux services sociaux répondent à la définition de l'art. 334. On peut donc affirmer qu'au sens de la LSSSS ces deux types d'organismes sont des organismes communautaires (voir figure 1). Et ce, même si, d'un côté comme de l'autre, on refuse catégoriquement de se considérer comme faisant partie d'un même groupe. Il existe une distanciation historique, émanant d'approches différentes, ayant entre autres fait l'objet de nombreuses études dans le secteur des sciences sociales, notamment par le sociologue et professeur Christian Jetté de l'École de travail social de l'Université de Montréal (Jetté, 2008) <sup>(3)</sup>.

3. Nous pourrions ici nous interroger sur la non-qualification à titre d'organisme communautaire de la personne morale constituée en vertu de la Loi sur les corporations canadiennes qui exercerait à des fins non lucratives des activités liées à la santé et aux services sociaux au Québec. Toutefois, même si certains organismes auxquels nous référerons ultérieurement sont canadiens, nous ne nous attarderons pas au lieu d'incorporation dans le cadre du présent article. Cela ne ferait que nous éloigner de l'essentiel de nos propos sur les organismes philanthropiques.

Figure 1

### PRINCIPAUX ACTEURS D'UN RÉSEAU TERRITORIAL OU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX\*



\* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.

\*\* Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

\*\*\* La LMRSSS réfère à la Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/reseaux-locaux-de-services>

### ORGANISME DE BIENFAISANCE ENREGISTRÉ – UNE DÉFINITION<sup>(4)</sup>

Selon l'Agence de revenu du Canada (ARC), un organisme de bienfaisance enregistré est une œuvre de bienfaisance, une fondation publique ou une fondation privée qui est créée et qui réside au Canada. L'organisme doit consacrer ses ressources à des activités de bienfaisance et avoir des fins de bienfaisance qui visent l'une ou plusieurs des catégories suivantes :

- le soulagement de la pauvreté;
- l'avancement de l'éducation;
- l'avancement de la religion;
- d'autres fins profitant à la collectivité.

En bref, l'organisme de bienfaisance enregistré :

- est un organisme sans but lucratif;
- peut remettre des reçus officiels de dons aux fins de l'impôt sur le revenu;
- doit consacrer un montant minimal à ses activités de bienfaisance ou faire des dons à des donataires reconnus;
- doit produire une déclaration annuelle (formulaire T3010) dans les six mois de la fin de son exercice.

### ORGANISMES DE BIENFAISANCE ENREGISTRÉS – DES CHIFFRES POUR LE QUÉBEC (GAGNÉ ET MARTINEAU, 2017)<sup>(5)</sup>

Selon les données obtenues de l'ARC, des 60 000 OBNL du Québec :

- 16 500 sont des organismes de bienfaisance (près de 2 000 sont des fondations publiques ou privées et *près de 15 000 sont des œuvres de bienfaisance*);

Des ±15 000 œuvres de bienfaisance au Québec :

- 10 429 sont dans les *secteurs des services sociaux* et de la religion;
- un peu plus de 3 000 sont dans les secteurs de l'éducation et de la *santé*.

## LES ORGANISMES PHILANTHROPIQUES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX : DES ACTEURS-CLÉS

Afin de démontrer l'étendue des programmes et services ainsi que des champs d'action pouvant être couverts par les œuvres de bienfaisance du secteur de la santé et services sociaux au Québec, rien de mieux qu'un exemple. Le choix de prendre ici un très grand organisme vise à pouvoir en faire rapidement la démonstration. Cela n'a aucunement pour but de minimiser ce que les autres organismes, souvent beaucoup plus petits, accomplissent au quotidien grâce à la générosité de leurs donateurs, partenaires, bénévoles et employés.

## PARTENAIRE SANTÉ : UN EXEMPLE CONVAINCANT

PartenaireSanté représente une illustration parfaite de l'apport majeur et diversifié des œuvres de bienfaisance à la santé des Québécois.

PartenaireSanté est né de l'association de 16 organismes philanthropiques canadiens œuvrant dans le secteur de la santé qui se sont regroupés en 1990 afin de faire campagne pour amasser des dons dans les milieux de travail, notamment dans la fonction publique fédérale, pour améliorer la santé des collectivités et rendre les lieux de travail plus sains. En 2006, le gouvernement du Québec permet à son tour à PartenaireSanté-Québec de solliciter les employés et les retraités de la fonction publique et parapublique québécoise. À ce jour, PartenaireSanté-Québec, la Croix-Rouge canadienne et Centraide demeurent les trois seuls organismes philanthropiques bénéficiaires de la campagne annuelle Entraide. Partenaire Santé étant le seul organisme dédié à la santé, on peut présumer de la reconnaissance par le gouvernement de la contribution des organismes membres de PartenaireSanté à la santé des Québécois.

## COMMENT LES 16 ORGANISMES MEMBRES DE PARTENAIRE- SANTÉ-QUÉBEC CONTRIBUENT-ILS À LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS ?

Avant même de parler de leur apport, il importe de souligner que les 16 organismes membres de PartenaireSanté amassent annuellement au Canada, principalement auprès de donateurs et partenaires financiers, sensiblement le même montant que le MSSS accorde annuellement par son PSOC aux 3 000 organismes communautaires autonomes (voir figure 2).

Chacun à leur façon, les 16 organismes membres de PartenaireSanté offrent à l'échelle de la province un soutien direct aux personnes atteintes d'une maladie chronique — par ex., maladies cardiovasculaires, cancer, maladies pulmonaires, Alzheimer, diabète, sclérose en plaques — ainsi qu'à leurs proches. Ce soutien peut prendre diverses formes, notamment :

- des lignes d'information et de soutien;
- de l'information sous forme imprimée ou électronique (site internet, capsules vidéo, etc.);
- de la formation sous forme de stands d'information, d'ateliers de formation, de conférences, de colloques et de congrès;
- des répertoires de services communautaires;
- de l'accompagnement et du soutien psychologique (individuel ou de groupe) (en personne ou en ligne);
- de l'aide financière et matérielle;
- de l'hébergement pendant les traitements.

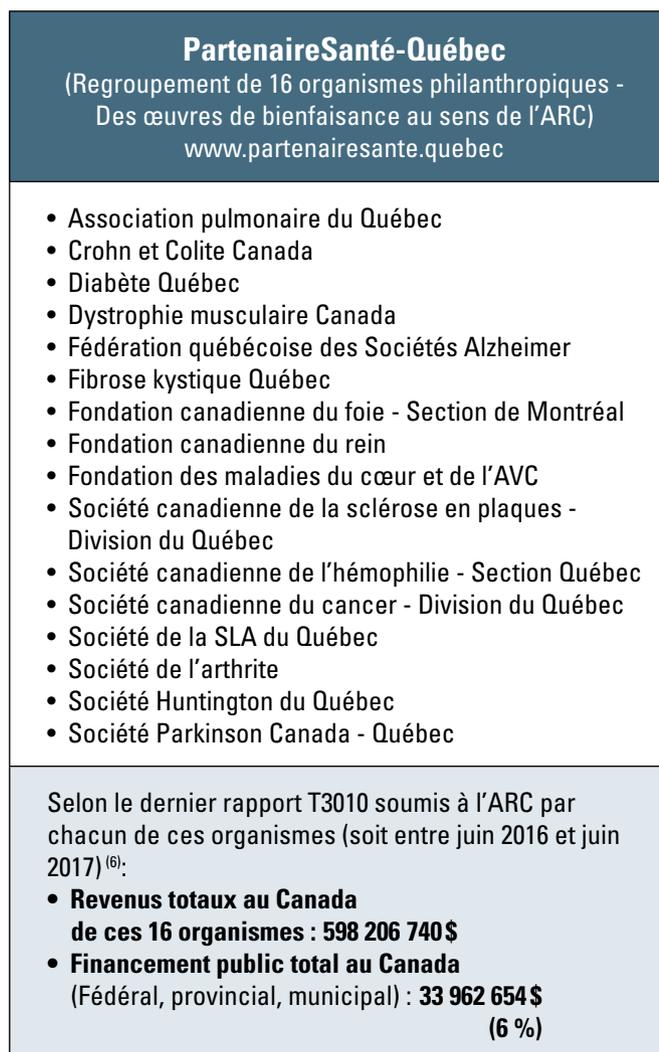
Selon le site internet de PartenaireSanté-Québec, les 16 organismes sont établis à 149 endroits au Québec.

Les 16 organismes membres de PartenaireSanté-Québec contribuent aussi très activement :

- au financement de la recherche (fondamentale, clinique, comportementale, épidémiologique, etc.);
- à la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention primaire et secondaire;
- à la défense des intérêts par une participation soutenue au débat public sur divers enjeux de santé. Rappelons ici seulement le rôle actif et déterminant que plusieurs de ces organismes ont joué, et jouent encore, dans la lutte contre le tabagisme au Québec.

Bien qu'il s'agisse d'une démonstration extrêmement sommaire des services offerts ainsi que des actions menées par les 16 membres de PartenaireSanté, par ce simple survol on voit très bien qu'à eux seuls, ces 16 organismes ont un impact important tant sur la santé individuelle des Québécois que sur les différents enjeux touchant la santé de la population.

**Figure 2**



## REPRÉSENTATIVITÉ, IMPACT ET MOBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ

En plus de représenter des centaines de milliers de personnes touchées par la maladie ou une problématique sociale (personnes directement atteintes et leurs proches) et d'avoir un impact important dans la vie de celles-ci, les organismes philanthropiques en santé et services sociaux mobilisent des communautés entières. Au Québec, ce sont des centaines de milliers de personnes, voire des millions, qui contribuent à la réalisation de leur mission. Des donateurs et des partenaires qui les soutiennent financièrement. Des bénévoles et des employés qui assurent, au quotidien, la prestation de leurs services et de leurs programmes. Des chercheurs qui, bénéficiant de leur soutien, accélèrent les découvertes. Des experts de la santé et des services sociaux (professionnels, chercheurs, intervenants, gestionnaires) et de tous les autres domaines qui partagent avec eux leurs connaissances et leurs expertises respectives pour leur permettre de développer des programmes et services ainsi que des prises de position en fonction des meilleures pratiques et des données probantes.

Émanant de la communauté et reposant sur la communauté pour assurer leur développement et leur pérennité, les organismes philanthropiques ne peuvent être écartés du « communautaire », ce pilier reconnu du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

## IMPORTANCE DE DÉVELOPPER UNE CONFIANCE MUTUELLE

Dans un milieu hautement hiérarchisé comme celui de la santé et des services sociaux — où les activités sont réservées en fonction des titres professionnels — les budgets sont octroyés en priorité aux hôpitaux plutôt qu'aux centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), aux centres locaux de services communautaires (CLSC) ou aux soins

**Dès 1991, on a reconnu dans la LSSSS que les organismes communautaires étaient un pilier de l'organisation de la santé et des services sociaux québécois.**



à domicile — le curatif l'emporte sur le préventif et la santé publique — les interventions médicales sont priorisées par rapport aux interventions psychosociales —, il n'est pas étonnant que les services et les programmes offerts par le « communautaire » soient perçus par certains comme étant de « seconde catégorie ». Pourtant, les médecins et infirmières qui exercent en maison de soins palliatifs et les travailleurs sociaux et psychologues qui interviennent dans les centres de crise en toxicomanie ou pour les femmes victimes de violence conjugale sont soumis aux mêmes obligations professionnelles et déontologiques que les professionnels exerçant dans le réseau public.

Dès 1991, on a reconnu dans la LSSSS que les organismes communautaires étaient un pilier de l'organisation de la santé et des services sociaux québécois. Il est d'autant plus important aujourd'hui de travailler ensemble, alors que la part du budget gouvernemental alloué à la santé et aux services sociaux représente près de 50 %, sans même répondre à l'ensemble des besoins. Le « communautaire » doit être vu comme un réel partenaire du réseau. Mais, pour qu'existe une collaboration soutenue entre les acteurs du réseau public et ceux du « communautaire », il doit y avoir une confiance mutuelle (Roy, Litvak et Paccaud, 2010)<sup>(7)</sup>. Mieux comprendre le secteur de la philanthropie pourrait s'avérer un élément inspirant.

## QUALITÉ DES SERVICES ET REDDITION DE COMPTES : UN VIRAGE IMPOSÉ EN PHILANTHROPIE

Dépendant largement de la générosité — en temps (bénévoles) et en argent (donateurs et partenaires) — des individus et organisations de la communauté, les organismes philanthropiques doivent aujourd'hui miser sur leur crédibilité pour tirer leur épingle du jeu. Cela passe notamment par la professionnalisation de leurs activités ainsi que la transparence et la reddition de comptes. Le cynisme ambiant, la forte compétitivité

entre les organismes ainsi que les exigences de plus en plus élevées des donateurs et bailleurs de fonds les y obligent. Seuls les organismes qui acceptent de prendre ce virage pourront survivre, à moyen et long terme.

Ainsi, pour se démarquer, pour augmenter leur attractivité et pour assurer leur pérennité, les organismes philanthropiques doivent entre autres être en mesure de démontrer clairement leur impact dans leur communauté, la qualité de leurs services et programmes et leur saine gestion financière et gouvernance.

Un des meilleurs indicateurs de la qualité des services offerts par les organismes philanthropiques réside dans leur capacité à mobiliser des professionnels, des chercheurs, des professeurs et des gestionnaires du secteur de la SSS. Plus leur présence est importante au sein d'un organisme — c'est-à-dire au conseil d'administration, au comité de direction, dans les divers comités consultatifs et dans les équipes d'intervention —, plus on peut avoir confiance. Ainsi, on peut croire que les interventions auprès de la clientèle, la formation et l'encadrement des bénévoles et employés ainsi que les informations et prises de position émanant de cet organisme reposeront sur les pratiques reconnues par le milieu et les données probantes et qu'ils respecteront les diverses lois associées à la prestation de soins et services auprès de clientèles vulnérables. Et ce, même si dans ces organismes la réalisation de leur mission repose en grande partie sur l'action bénévole.

Un virage — de qualité et de reddition de comptes — que devraient prendre tous les OBNL œuvrant en santé et services sociaux. Qu'ils soient petits ou grands et peu importe leur mode de financement. ///

### Références

1. LAFLEUR, Marie-Claude (2015). *Rôles et obligations des organismes communautaires en matière de prestation de services de santé et de services sociaux : Les maisons de soins palliatifs en exemples*, essai pour la maîtrise en droit et politiques de la santé, Université de Sherbrooke, 117 p.
2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), Art. 1
3. JETTÉ, Christian (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence – Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*, Collection Pratiques et politiques sociales et économiques, Québec, Presses de l'Université du Québec, 422 p.
4. <https://www.canada.ca/fr/services/impots/bienfaisance.html> [consulté le 24 novembre 2017]
5. GAGNÉ, Emmanuelle et Vincent MARTINEAU (2017). *Le système philanthropique des fondations et organismes sans but lucratif de la province de Québec*, Institut Mallet, 29 p.
6. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/organismes-bienfaisance-dons/liste-organismes-bienfaisance.html> [consulté le 24 novembre 2017]
7. ROY, Denis. A., Eric LITVAK et Fred PACCAUD (2010). *Des réseaux responsables de leur population – Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Québec, Canada, Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 198 p.



**ADGEPS**  
Association des diplômés en gestion,  
évaluation et politique de santé

## **5@7 Formation**

**21 mars 2018**

### **Réflexions autour des indicateurs de performance dans le réseau de la santé**

En collaboration avec le Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé (anciennement DASUM) de l'École de santé publique, l'ADGEPS est fier d'organiser un deuxième 5@7 Formation pour la saison 2017-2018.



#### **Mike Benigeri, Ph.D.**

Après avoir été chercheur à l'Université de Montréal, puis gestionnaire à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Mike Benigeri agit maintenant à titre de consultant auprès de diverses organisations du réseau de la santé. Il a plus de 20 ans d'expérience dans les domaines de l'évaluation de la performance, des indicateurs de santé et des systèmes d'information en santé. Mike Benigeri détient un Ph.D. en santé publique de l'Université de Montréal et est associé à l'ÉSPUM à titre de professeur adjoint de clinique.

Les indicateurs de performance sont de plus en plus utilisés dans le réseau de la santé. Cette présentation a pour but d'échanger avec les participants sur les expériences d'utilisation de ce type d'indicateurs dans le réseau. À partir d'exemples concrets, on abordera différents sujets reliés aux indicateurs de performance tels les modèles de performance, les cibles de performance, le calcul des indicateurs de performance ou encore la présentation de ces indicateurs.

**Quand:** Le 21 mars 2018

**Lieu:** ESPUM (7101, avenue du Parc)

**Accueil:** 17 h 15 à 17 h 30

**Conférences-formations:** 17 h 30

**Cocktail:** 19 h

**Tarifs:** 40\$ (étudiants, 15\$)

**Inscriptions:** [adgeps.com/5-a-7/](http://adgeps.com/5-a-7/)

**École de santé publique**  
Département de gestion,  
d'évaluation et de politique de santé

**Université**   
**de Montréal**



Fondée en février 1984, **Les Réalisations Conceptum International Inc.** est devenue chef de file dans le design d'intérieur, dans les secteurs corporatif, commercial, santé & services sociaux et institutionnel.

Début 2015, Les Réalisations Conceptum International Inc. a réalisé un partenariat d'affaires avec Le groupe Design ADD Inc. afin d'unir leurs expériences respectives et former une équipe pluridisciplinaire. Depuis les 25 dernières années, Le groupe Design ADD Inc. a accompagné les gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux en leur offrant tout le support nécessaire dans les processus d'agrandissement et de relocalisation.

*Notre leitmotiv, créer des environnements fonctionnels, harmonieux et intemporels dans le respect des règles de l'art.*

#### QUELQUES RÉALISATIONS

Action Sport Physio, centre-ville de Montréal | Centre de jeunesse de la Montérégie | Centre de réadaptation Lisette-Dupras, Montréal | Clinique l'Actuel, Montréal | CIUSSS de l'Ouest de l'île | CSSS Lucile-Teasdale, Montréal | CSSS Vaudreuil-Soulanges | CSSS Sud-Ouest Verdun | Innovaderm, Montréal | Imagerie des Pionniers, Terrebonne | Polyclinique Levasseur, St-Léonard | Santé au travail, 5800 St-Denis, Montréal | ect.

## LES RÉALISATIONS CONCEPTUM INTERNATIONAL INC.



#### Nous joindre

Bureau de Montréal  
995, rue St-Jacques  
Montréal (Québec) Canada H3C 1G6  
Téléphone : (514) 861.0609

[www.conceptuminternational.com](http://www.conceptuminternational.com)

Rhéal Bélanger  
Président  
Designer d'intérieur certifié APDIQ®  
Téléphone : (514) 861.0609 poste 303

# LA NOUVELLE GÉNÉRATION

# D'APPAREILS DE PRÉVENTION DES IASS



## Le NOUVEAU Compact de Vernacare

Une unité de traitement de taille réduite qui permet l'élimination des excréta de manière sûre et efficace, *à l'endroit où les soins sont administrés.*

L'utilisation *mains libres* du Compact garantit le respect des normes d'hygiène les plus strictes. L'appareil est équipé de la technologie **SmartFlow<sup>MC</sup>** unique en son genre pour une élimination efficace des excréta.

Mains libres



Cycle SmartFlow<sup>MC</sup>



Mise en marche automatique



**SMART  
FLOW<sup>TM</sup>**  
TECHNOLOGY

Le système de broyage breveté **SmartFlow<sup>MC</sup>** de Vernacare fait en sorte que tous les déchets sont mélangés dans une trémie fermée et réduits en particules très fines avant que le contenu soit évacué du macérateur. Chaque unité de traitement de la gamme de produits de pointe de Vernacare est équipée de la technologie **SmartFlow<sup>MC</sup>**.

1 800 268-2422 • [www.vernacare.com](http://www.vernacare.com)

**Vernacare**<sup>TM</sup>  
cleaner safer healthcare