

ÉQUIPE D'ÉVALUATION QUALITATIVE DE LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE DE
RECONNAISSANCE ET DE SOUTIEN DE
L'ACTION COMMUNAUTAIRE

RAPPORT D'ÉTUDE DE CAS :

*La mise en œuvre de la Politique de reconnaissance et de
soutien de l'action communautaire
dans le champ Santé et Services sociaux*

3 juin 2008

Remerciements

Nous désirons remercier toutes les personnes ayant collaboré à l'évaluation en nous accordant des entrevues, en nous fournissant des informations ou en participant à la validation des travaux et autres réunions avec l'équipe de recherche. Tout en reconnaissant leurs contributions précieuses à la recherche, l'équipe d'évaluation demeure la seule responsable du contenu de ce rapport.

Équipe d'évaluation de la PRSAC :

sous la responsabilité de Deena White

Équipe de travail d'étude de cas dans le champ Santé et Services sociaux

Équipe de rédaction :

Lorraine Guay, coordonnatrice de l'étude de cas, agente de recherche

Marilène Galarneau, agente de recherche

Céline Mercier, chercheure

Avec la participation de

Marcelle Dubé, chercheure

Dominique Masson, chercheure

Caroline Patsias, chercheure,

Lourdes Rodriguez Del Barrio, chercheure

Et la collaboration de

Suzanne Garon, chercheure

Francis Garon, consultant scientifique

Paula Brum-Schäppi, auxiliaire de recherche

Éric Lefrançois, auxiliaire de recherche

Pour nous rejoindre :

www.evalprsac.com

evalprsac@umontreal.ca

(514) 343-7885

Deena White
Département de sociologie
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal, QC
H3C 3J7

© Deena White, 2008

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	iv
Liste des principaux acronymes	v
Préambule	vi
La Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire	vi
La démarche d'évaluation qualitative	vi
Introduction	1
1. Pourquoi une étude de cas en profondeur du champ Santé et Services sociaux ?	1
2. Précisions méthodologiques sur la notion de « champ », d'étude de cas et sur les choix effectués dans l'évaluation du champ SSS	2
3. Présentation du rapport d'évaluation	2
Chapitre 1: Aperçu du champ Santé et Services sociaux	4
1.1 Place et activités des organismes communautaires dans le champ Santé et Services sociaux	5
1.2 Description du champ et de ses principaux acteurs.....	6
1.2.1 Les acteurs gouvernementaux.....	6
1.2.2 Les acteurs communautaires	8
1.3 Bref aperçu du déroulement de la mise en œuvre de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux.....	10
1.3.1 Une implantation nourrie par une longue pratique de concertation	10
1.3.2 Une implantation marquée par un changement de gouvernement ..	11
Chapitre 2 : Les enjeux de l'implantation de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux.....	17
2.1 La reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires : de quelle autonomie parle-t-on ?.....	17
2.1.1 Action communautaire « et /ou » action communautaire autonome: quoi reconnaître, comment reconnaître et qui doit exercer la distinction ?	18
2.1.2 Le rattachement à la mission et aux priorités du MSSS dans le cadre de la gestion par programme : conciliation, paradoxe ou contradiction ?	22
2.2 La réforme de la santé et des services sociaux : impact controversé sur l'implantation de la PRSAC	24
2.3 Représentation et concertation : complexité accrue ?.....	27
2.3.1 La représentation : un processus historique autonome	27
2.3.2 La concertation : un processus complexe	29
2.4 Le financement des OCSSS : des acquis, des avancées et des dérives	32
2.4.1 La difficulté à dresser un portrait financier des OCSSS	32
2.4.2 Le PSOC : principal programme de financement des OCSSS	34

2.4.3 La prépondérance du soutien de la mission des OCSSS.....	35
2.4.4 Le PSOC et les trois modes de financement	36
2.4.5 L'augmentation du financement des OCSSS	38
2.4.7 Conclusion	42
Chapitre 3 : Conclusions et recommandations	43
3.1 Une fidélité certaine à l'esprit de la Politique, mais... ..	43
3.2 La faiblesse de la Politique.....	43
3.2.1 La non-reconnaissance de l'ACA : un paradoxe risqué pour l'ensemble du mouvement communautaire autonome	44
3.2.2 Des mécanismes plus participatifs d'implantation de la Politique ...	44
3.3 Une reconnaissance ambiguë, une autonomie encadrée.....	45
3.4 Le financement de la mission en « équilibre instable »	46
3.5 Les exigences de l'autonomie	46
Addenda	48
Annexe I : Méthodologie : approche d'évaluation et démarche.....	49
Annexe II : Organisation du réseau québécois de la Santé et des Services sociaux	54
Annexe III : Présentation des principaux acteurs communautaires du champ SSS	55
Annexe IV : Évolution du soutien financier du MSSS.....	59
Documents consultés pour l'étude de cas « SSS ».....	62
Principaux sites web consultés	65
Bibliographie	67

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Proportion du financement octroyé via le PSOC et hors PSOC sur le financement total - 2000-2001	p. 34
Figure 1 : Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux	p. 54
Tableau 2 : Évolution du soutien financier du MSSS selon les trois modes 2001-2002 à 2005-2006	p. 59
Figure 2 : Graphique de l'évolution du soutien financier gouvernemental selon les trois modes (2001-2002 à 2005-2006)	p. 59
Figure 3 : Diagramme de l'évolution du financement alloué par le MSSS	p. 60
Figure 4 : Évolution du soutien financier du MSSS 1991-1992 à 2005-2006	p. 61

Liste des principaux acronymes

L'usage des acronymes a été privilégié afin de faciliter la lecture.

Agence :	Agence de la santé et des services sociaux
CDC :	Corporation de développement communautaire
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CTROCs :	Coalition des tables régionales d'organismes communautaires
MESS:	Ministère de l'emploi et de la Solidarité Sociale
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OC :	Organisme communautaire
OCA:	Organisme communautaire autonome
OCASSS :	Organisme communautaire autonome en santé et services sociaux
OCSSS :	Organisme communautaire en santé et services sociaux
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires
RA :	Rapport annuel
RLS :	Réseaux locaux de services
RQ-ACA:	Réseau québécois de l'action communautaire autonome

Le *Comité aviseur de l'action communautaire autonome* est officiellement devenu le RQ-ACA le 24 mai 2007. Ainsi, nous utilisons l'appellation Comité aviseur pour désigner des événements survenus avant cette date et RQ-ACA pour désigner les événements ayant eu lieu depuis.

SACAIS :	Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives locales Le Secrétariat à l'action communautaire autonome SACA (depuis 1995) est devenu le SACAIS en 2006. Ainsi, nous utilisons l'appellation SACA pour nommer le Secrétariat concernant des événements survenus avant 2006 et SACAIS pour désigner les années subséquentes.
TROC :	Table régionale d'organismes communautaires
TRPOCB :	Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Préambule

La Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire

La Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire (ci-après nommée Politique ou PRSAC) a été adoptée par le gouvernement du Québec le 4 juillet 2001 et rendue publique en septembre de la même année. Il s'agit d'une politique intersectorielle et multisectorielle qui touche 22 ministères et organismes gouvernementaux, de même que près de 5000 organismes communautaires. Elle se définit comme une politique de reconnaissance et de soutien de l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec¹ même si elle ne vise pas directement l'amélioration ou la résolution des problèmes sociaux comme, par exemple, la réduction du taux de décrochage scolaire ou la lutte contre la pauvreté. Elle est aussi une politique de « gouvernance », au sens où elle propose une définition et un mode de régulation des rapports entre le gouvernement et les organismes communautaires. Ses objectifs sont notamment : valoriser, promouvoir et soutenir l'action communautaire au sens large du terme, c'est-à-dire dans toutes ses composantes, en tenant compte de sa contribution à la lutte contre l'exclusion et contre la pauvreté ; valoriser, soutenir et promouvoir l'action communautaire autonome et ce qui en constitue l'essence, soit l'éducation populaire et la transformation sociale, le soutien de la vie démocratique, le développement d'une vision globale des problématiques, l'exercice de la citoyenneté et l'enracinement dans la communauté ; assurer la consolidation de l'action communautaire par des orientations générales et des grandes balises nationales qui s'appliquent à l'ensemble des ministères et des organismes gouvernementaux concernés, tant aux paliers national et régional que local; assurer un soutien financier selon des modes spécifiques adaptés aux caractéristiques des groupes concernés.

Avant l'arrivée de la Politique, l'ensemble des ministères et organismes gouvernementaux qui soutenaient financièrement des organismes communautaires ne disposaient pas de mécanismes spécifiques de coordination, ni d'orientations d'ensemble quant aux rapports à entretenir avec ces organismes. Les organismes communautaires, pour leur part, ne possédaient aucune structure formelle pouvant prétendre représenter légitimement tous les organismes communautaires autonomes et encore moins tous les organismes communautaires au sens large du terme. La Politique et sa mise en œuvre visent donc entre autres à mieux structurer les rapports entre les acteurs gouvernementaux et communautaires, à travers à la fois des structures centralisées (Secrétariat à l'action communautaire autonome, Comité interministériel de l'action communautaire autonome, Comité aviseur de l'action communautaire autonome, Table de concertation), des processus prédéterminés et codifiés (p. ex., transferts d'organismes communautaires d'un ministère à un autre en vertu du rattachement à un ministère port d'attache proposé par la Politique) et un ensemble d'outils construits pour répondre aux besoins des acteurs concernés.

La démarche d'évaluation qualitative

L'évaluation qualitative, formative et participative de la mise en œuvre de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire, dont il est question ici, est menée par une équipe universitaire autonome qui a soumis un projet suite à un appel d'offres et un concours

¹ La Politique est principalement une Politique de reconnaissance de la contribution de l'action communautaire à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec. Les mécanismes de gouvernance qui sont proposés sont des mécanismes pour concrétiser cette reconnaissance et se retrouvent particulièrement dans le Cadre de référence.

scientifique. Le mandat a été élaboré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et le Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA), mais c'est le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) qui a sollicité des projets dans la communauté scientifique pour la réalisation de la recherche et qui assure l'autonomie entière de l'équipe choisie. Cette équipe est dirigée par madame Deena White, professeure titulaire au Département de sociologie de l'Université de Montréal. L'évaluation s'inscrit dans une perspective qualitative et formative. Elle s'intéresse à la construction des processus de la mise en œuvre par les acteurs et associe ces mêmes acteurs à l'ensemble de la démarche afin de tenir compte de leurs besoins, expériences et perspectives différentes (annexe l²).

L'évaluation formative doit agir comme catalyseur pour amener les acteurs de la mise en œuvre à approfondir leur réflexion sur les rapports et processus en jeu et ainsi favoriser des ajustements, modifications ou consolidations en cours de route, s'il y a lieu. Ces acteurs de la mise en œuvre de la Politique constituent, à travers les entrevues qu'ils nous accordent, les sources principales d'informations, de perceptions et d'opinions contribuant à l'analyse. Par contre, l'interprétation de ces données appartient à l'équipe de recherche. Cela dit, le processus d'évaluation formative et participative est interactif. Plusieurs formes de validation, mises en œuvre en cours de route, auprès des acteurs et avec leur participation font partie du processus même de la recherche. Le « transfert des connaissances » s'effectue ainsi dans les deux sens : des acteurs et des bénéficiaires visés par la Politique vers les évaluateurs ainsi que des évaluateurs vers ces acteurs.

C'est dans cet esprit que les documents de travail produits au cours du processus d'évaluation sont diffusés et discutés largement au sein des milieux communautaires et gouvernementaux. Ils sont des documents vivants au sens où les commentaires, les réflexions et les critiques des acteurs concernés permettent d'en approfondir le contenu, d'identifier de nouveaux enjeux, de préciser certains aspects, d'y ajouter de nouveaux éléments et, ultimement, de faire avancer la mise en œuvre de la Politique. Dans ce contexte, nous souhaitons qu'ils soient lus et commentés par le plus grand nombre de personnes possible et nous comptons sur la rétroaction provenant de ces lecteurs et lectrices.

Le site Internet de la recherche constitue un des outils importants pour rendre disponibles les documents de réflexion et de travail produits par l'équipe de recherche et pour recevoir et faire partager collectivement les commentaires des personnes intéressées par cette Politique. On pourra y trouver des rapports et documents de travail de même que les coordonnées des membres de l'équipe de recherche.

Des mécanismes de validation et de rétroaction sont mis en place selon des modalités propres à chaque étude de cas. Par exemple, la journée de réflexion, comme celle effectuée dans le champ Famille, s'est avéré un processus de rétroaction original, très participatif et interactif dans le cadre de cette évaluation.

Vous êtes invités à communiquer avec l'équipe d'évaluation pour obtenir de plus amples informations sur la démarche.

Pour nous rejoindre :

www.evalprsac.com

evalprsac@umontreal.ca

(514) 343-6111 poste 1-4928

Deena White
Département de sociologie
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal, QC
H3C 3J7

² L'annexe I présente une description très détaillée de la méthodologie utilisée dans cette recherche évaluative : approche et objectifs, plan, démarche et diffusion des résultats.

Introduction

Le champ Santé et Services sociaux (SSS) occupe une position historique très importante dans la construction des rapports entre le gouvernement et les organismes communautaires au Québec. De même, il entretient de forts liens de proximité avec la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire. En effet, les pratiques de reconnaissance et de financement des organismes communautaires par le MSSS, dont l'origine remonte aux débuts des années 1970, de même que ses processus et mécanismes de concertation avec les instances de représentation du communautaire ont fortement structuré voire institutionnalisé les rapports MSSS/OCSSS tout comme ils ont contribué à l'élaboration des premiers éléments de la politique gouvernementale.

1. Pourquoi une étude de cas en profondeur du champ Santé et Services sociaux ?

À elles seules, ces raisons auraient pu justifier la réalisation d'une étude de cas en profondeur dans le champ SSS. Mais en plus, ce champ comporte le plus grand nombre d'organismes communautaires subventionnés par un ministère (environ 3000 groupes nationaux, régionaux et locaux)³ soit 62,7 % de l'ensemble des organismes communautaires soutenus financièrement par le gouvernement dans le cadre de la Politique, et 67,4 % des organismes soutenus en appui à la mission globale⁴. Il est aussi le champ le plus important en termes de variété d'organismes. Il comprend en effet des groupes qui travaillent dans divers « secteurs » et sur des « problématiques » et « populations » différentes, par exemple auprès des femmes, des jeunes, des personnes âgées ou encore en santé mentale, en toxicomanie, en violence, etc. Il concerne des organismes dont l'action ne se résume pas strictement à une conception restrictive de la santé et des services sociaux, mais qui œuvrent dans le vaste domaine de ce qu'on nomme les grands déterminants de la santé (pauvreté/exclusion, réseaux sociaux, etc.)⁵.

De plus le MSSS comporte cette particularité d'être à la fois *décentralisé* et *centralisé* d'où un nombre important d'instances de gouvernance aux niveaux central, régional et local, qui sont en interactions et en tensions continues et qui structurent les rapports entre acteurs communautaires et acteurs gouvernementaux. Cette situation comporte son lot de complexité quant à l'implantation de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire. Enfin le réseau de la santé et des services sociaux a connu de nombreuses restructurations dans les deux dernières décennies dont une réforme majeure en décembre 2003. La mise en œuvre simultanée de la Politique et de cette réforme ont eu des impacts substantiels sur les acteurs concernés et sur l'actualisation de la Politique elle-même.

L'ensemble de ces raisons expliquent donc notre choix de faire une étude de cas en profondeur du champ Santé et Services sociaux, l'implantation de la Politique dans ce champ ayant une importance primordiale non seulement pour les OCSSS, mais aussi pour l'ensemble du mouvement communautaire et pour l'ensemble des ministères et organismes gouvernementaux concernés.

³ MSSS, *Programme de soutien aux organismes communautaires*. Brochure 2007-2008, p 6.

⁴ SACAIS. État de situation 2005-2006

⁵ La brochure du programme de soutien aux organismes communautaires du MSSS (2007-2008) précise d'ailleurs que « le domaine de la santé et des services sociaux, tel qu'il est défini par la Politique de la santé et du bien-être, présente une vision très large de la santé et des facteurs ou déterminants qui l'influencent » (p. 12).

2. Précisions méthodologiques sur la notion de « champ », d'étude de cas et sur les choix effectués dans l'évaluation du champ SSS

Une étude de cas vise à fournir une description et une compréhension approfondies des processus à l'œuvre dans un champ donné en observant un ensemble de phénomènes en rapport avec leur contexte. La nature intersectorielle de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire exige en effet qu'on prenne en compte la diversité des contextes de son implantation et l'étude de cas représente la meilleure stratégie pour y parvenir.

Pour les fins de cette recherche, un « cas » est défini comme un champ d'action, constitué de réseaux distincts en interaction les uns avec les autres, comprenant des acteurs gouvernementaux et communautaires concernés par un même enjeu. Cet enjeu peut être une problématique donnée (ex. l'environnement) ou un ensemble de problématiques associées à une population donnée (ex. les jeunes) ou une forme d'action par laquelle des groupes s'identifient (ex. la défense des droits).

Quel est donc l'enjeu ou la problématique qui réunit tous les acteurs identifiés au champ santé et services sociaux? Le fait d'être financés par un même ministère n'est pas forcément un critère suffisant pour considérer les acteurs comme faisant partie d'un même champ. Par exemple, le champ Emploi comprend des groupes dont la mission globale peut être financée en santé et services sociaux ou en immigration, mais pour qui le fonctionnement est fortement structuré par le fait d'être en lien avec l'employabilité. Par contre, dans le cas qui nous concerne, le champ SSS est défini comme incluant tous les acteurs impliqués dans le cadre des programmes de financement des groupes communautaires du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS): les différents réseaux sectoriels et territoriaux de groupes communautaires ainsi que les réseaux des Agences de santé et services sociaux (ci-après nommées Agences) et des Centres de santé et des services sociaux locaux (CSSS).

Pour ces raisons, nonobstant le secteur d'activité des groupes communautaires, tous ceux qui se trouvent dans le champ SSS possèdent en commun des expériences et des préoccupations importantes, liées à une histoire partagée de construction d'une certaine identité communautaire, à des structures communes (de représentation et de concertation), à des rapports semblables entre le gouvernement et les organismes communautaires ainsi qu'à un vécu partagé de l'évolution récente de ces rapports et des transformations du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour des raisons de pertinence politique, c'est-à-dire d'impact sur l'implantation de la Politique, et des questions de temps et de ressources limitées, nous avons opté pour axer l'étude de cas sur les enjeux qui traversent l'ensemble des secteurs du communautaires dans ce champ et sur les niveaux central et régional : les secteurs particuliers n'ont donc pas été étudiés en profondeur ni le niveau local (aucune entrevue avec des groupes communautaires locaux n'a été effectuée). De même les regroupements nationaux ou régionaux ne faisant pas partie d'instance de concertation ou ne recevant pas de financement n'ont pas été inclus dans la recherche. Le défi qui s'est imposé tout au long de cette recherche évaluative a donc été celui de bien identifier et distinguer les enjeux communs partagés par tous au sein de ce champ versus les enjeux particuliers vécus dans les secteurs différents (femmes, jeunes, santé mentale, toxicomanie, etc.) et selon des dynamiques régionales différentes.

3. Présentation du rapport d'évaluation

Ce rapport débute par une brève présentation du champ Santé et Services sociaux, de son histoire et des acteurs qui le composent : le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et ses instances régionales et locales de même que les regroupements et les organismes sectoriels et intersectoriels d'organismes communautaires aux niveaux national, régional et local. Nous présentons ensuite une

description de la mise en œuvre de la Politique à partir de son adoption jusqu'au printemps 2007, moment où nous avons cessé de recueillir des données. L'implantation de la Politique est en effet un processus en constante évolution dont il est difficile de prétendre tracer un portrait statique et surtout définitif.

Nous exposons ensuite les enjeux principaux de la mise en œuvre de la Politique identifiés par les acteurs concernés de ce champ et les discutons. Ces grands enjeux, au nombre de quatre, permettent de regrouper toutes les problématiques principales que nous avons identifiées dans le cadre de l'évaluation. Ces problématiques sont :

- 1) la reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires;
- 2) la réforme en Santé et Services sociaux;
- 3) la représentation et la concertation;
- 4) le financement des OCSSS.

Nous reprenons ensuite les constats qui ressortent de l'analyse des enjeux et en tirons quelques conclusions et recommandations qui nous semblent utiles comme pistes de réflexion pour l'avancement de la mise en œuvre de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux.

Chapitre 1 : Aperçu du champ Santé et Services sociaux

La création du ministère de la santé et des services sociaux a été un des acquis importants de la Révolution tranquille. Le MSSS n'a cessé de croître pour devenir un ministère majeur au sein du gouvernement québécois et, par rapport aux organismes communautaires, le principal « port d'attache » et l'un des bailleurs de fonds les plus importants. Par conséquent, ses orientations et son fonctionnement ont des effets structurants sur les organismes communautaires.

Le MSSS est en effet le premier ministère à avoir mis en place au début des années 1970 un programme spécifique de reconnaissance et de financement de l'action communautaire dont les formes varieront selon les époques, mais qui restera connu sous le nom de programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Christian Jetté (2005, résumé), dans son historique exhaustif du PSOC, note que :

« Compte-tenu de l'ampleur de ce programme au cours des années 1970 à 2000 - qui a d'ailleurs inspiré de manière importante les artisans de la politique du Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA) en 2001 - et des luttes importantes menées par les promoteurs de l'action communautaire autour d'enjeux comme l'autonomie des groupes, le type de financement octroyé, ou encore le rôle des organismes communautaires au sein du système socio sanitaire (...) le PSOC représente une forme institutionnelle qui a structuré de manière décisive le modèle de développement social au Québec puisque les arrangements qui y sont contenus ont fortement marqué le type de rapport particulier que l'État québécois, et plus particulièrement le MSSS, a développé avec les organismes du tiers secteur au Québec. ».

Le MSSS a également été le premier ministère à financer des groupes communautaires sur la base de leur mission propre en accordant à ce mode de financement un caractère nettement prédominant. Le vocabulaire utilisé référerait alors au « financement de base ». Il s'agit là d'un ancrage historique sur lequel l'ensemble des organismes communautaires, les organismes communautaires autonomes en particulier, ont pu baser leurs revendications à l'autonomie et au mode de financement en appui à la mission tout au long des diverses consultations qui ont jalonné l'élaboration et l'adoption de la Politique. Ce « fait acquis » continue également d'être considéré par les acteurs mêmes (communautaires et gouvernementaux) du champ Santé et Services sociaux comme un point de référence de la mise en œuvre de la Politique.

Le réseau de la santé et des services sociaux a aussi connu un nombre impressionnant de commissions d'études, de réformes et de restructurations au cours des dernières décennies. Ce sont successivement la commission Castonguay-Nepveu (1966-1972) à l'origine, entre autres, de l'assurance-maladie et des CLSC; la commission Rochon (1985-1988) dont les travaux seront à la base d'une reconfiguration majeure du système sociosanitaire axé désormais sur la régionalisation et la décentralisation du MSSS; la réforme Lavoie-Roux/Côté (1989-1991) qui, avec la promulgation de la Loi sur la santé et les services sociaux en 1991, va poursuivre dans cette direction et mettre en place les Régies régionales, le partenariat et la reconnaissance des organismes communautaires comme « distributeurs de services »; les recommandations de la Commission Clair (2000) qui serviront pour leur part de base aux premiers processus de fusions d'établissements et à l'organisation des réseaux intégrés de services au niveau local.

Enfin la récente réforme Couillard (2003) se situe dans le prolongement des réformes précédentes entre autres en termes de régionalisation, de partenariat, de participation de citoyens et citoyennes dans les instances décisionnelles et d'atteinte d'objectifs quantifiables. Mais elle s'en démarque par une reconfiguration du palier régional via la création d'Agences dont les pouvoirs diffèrent

substantiellement de ceux des ex- Régies régionales; par une structuration différente du « local » via la fusion des établissements et la création des CSSS; par une orientation générale basée sur l'approche populationnelle à travers des projets cliniques dans les neuf grands programmes-services; et, enfin, par la prégnance d'une approche contractuelle à laquelle toutes les institutions du réseau sont soumises, incluant les organismes communautaires.

Toutes ces réformes se sont réalisées sur l'arrière-fond du virage néolibéral imposé à la société québécoise - comme à l'ensemble des pays de la planète - par les gouvernements successifs et dont les effets sur le système sociosanitaire se sont traduits entre autres par des compressions, rationalisations, fusions, privatisations⁶.

Cela dit, les nombreuses réformes réalisées dans le champ Santé et Services sociaux n'ont pas altéré de manière substantielle la place et le rôle des instances chargées de répondre aux demandes et besoins des OCSSS et d'entretenir des liens avec eux au sein de l'appareil du MSSS aux plans central et régional⁷. Même si la place qu'occupent les OCSSS dans un ministère aussi imposant demeure somme toute relativement modeste, on constate que le MSSS maintient au sein de son appareil, des espaces structurés qui leur sont dédiés et qu'il y consacre des ressources humaines et financières non négligeables. Par ailleurs, ces nombreuses réformes ont incontestablement eu d'importantes répercussions sur la configuration du champ Santé et Services sociaux et sur la façon dont les acteurs du champ se sont définis et représentés.

1.1 Place et activités des organismes communautaires dans le champ Santé et Services sociaux

Les organismes communautaires financés par le MSSS sont passés de quelques centaines au début des années 1970 à quelques milliers au tournant du siècle, ce qui reflète à la fois l'effervescence sociale de la société québécoise et la très grande ouverture du ministère envers ces organismes. Ces milliers d'organismes se sont employés à travers les années à s'autodéfinir collectivement selon des paramètres qui reflètent leurs réalités, leurs valeurs et leurs visées sociales. Bien avant l'adoption de la Politique d'ailleurs, ils s'identifiaient comme « constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme des agents de transformation sociale qui agissent dans le sens de l'amélioration de la qualité du tissu social, leur intervention allant au-delà de la simple satisfaction des besoins sociaux et de santé de la population »⁸.

Les OC du champ Santé et Services sociaux (OCSSS) sont des organismes pluriels dont la diversité s'exprime à travers une multitude d'histoires, de finalités, de missions, d'approches, de pratiques, d'interventions, de cultures, de modes de fonctionnement, d'infrastructures organisationnelles, de *membership*, de personnes rejointes, de niveaux et de types de financement, de structures de concertation, de rapports à l'État, etc. En principe, ils n'interviennent en fonction ni du mandat ni des priorités du MSSS. Ils agissent avec et auprès de populations diversifiées, dans tous les aspects de vie

⁶ En 2005, le niveau de financement privé au Canada et au Québec dépasse maintenant le seuil des 30%. Référence : Contandriopoulos, A-P. (2007) « Diagnostic d'une crise », *Relations* : Où va notre système de santé ? Juin 2007.

⁷ Un Service des activités communautaires existe toujours et relève de la Direction des services sociaux généraux, de la jeunesse et du communautaire, laquelle direction est en lien direct avec la sous-ministre adjointe aux services sociaux : une des activités principales de ce service est de gérer le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) pour les regroupements provinciaux. De plus, d'autres directions sont concernées par le soutien aux organismes communautaires : santé publique, santé mentale, personnes handicapées, toxicomanies et dépendances, personnes âgées en perte d'autonomie. De même, au niveau régional, toutes les Agences possèdent leur service de soutien aux organismes communautaires dont les modalités varient selon les régions.

⁸ Cette définition a par la suite été reprise par le MSSS : MSSS (1997) *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles*. Une évaluation respectueuse des organismes communautaires et bénévoles implique un processus de négociation, Gouvernement du Québec, p.14.

de la société et dans toutes les problématiques sanitaires et sociales. Les domaines dans lesquels ils interviennent sont aussi très diversifiés : pauvreté et exclusion sociale, violences faites aux femmes, santé mentale, intégration et diversité ethnoculturelle, action bénévole, sida, toxicomanies, sécurité/autonomie alimentaire, prévention du suicide, familles, jeunes, aînés, personnes handicapées. Ces définitions sectorielles ne sont qu'une façon de s'organiser et de s'identifier et comprennent des chevauchements importants dans la réalité des activités des groupes qui, par ailleurs, se réclament d'une approche globale par rapport aux problématiques et populations abordées. En effet, les activités des OCSSS varient considérablement, de l'hébergement à l'entraide en passant par toute une série de services alternatifs, d'actions d'éducation populaire, de conscientisation, de promotion, d'actions individuelles et collectives.

En ce qui a trait aux structures de représentation dont se sont doté les OCSSS, il faut remonter à la fin des années 1970 et au début des années 1980 pour retracer la constitution des regroupements provinciaux dans les différents secteurs (femmes, jeunes, personnes handicapées, santé mentale, action bénévole, etc.). Ces grands regroupements provinciaux se sont auto-organisés sur leurs propres bases et ont lutté pour obtenir la reconnaissance politique par le MSSS. Ils ont ainsi joué un rôle majeur dans leur secteur respectif pour structurer les balises du programme SOC et en faire augmenter progressivement le financement. Avec la régionalisation du système sociosanitaire dans la décennie 90, les OCSSS se sont donné de nouvelles structures de représentation : au plan intersectoriel, les Tables régionales d'organismes communautaires (TROC) verront le jour et au plan sectoriel, des tables régionales se mettront en place en particulier en santé mentale, itinérance, personnes handicapées, etc. Ces nouvelles instances vont à leur tour restructurer la représentation au niveau national : les regroupements provinciaux se coaliseront à travers la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) et les TROC à travers la Coalition des TROC (CTROC) qui deviendront les interlocuteurs du MSSS et des Agences dans les instances de concertation. Plus récemment des coalitions locales intersectorielles se mettront en place, certaines par territoire de CSSS d'autres par territoires de MRC (voir partie 2.2.2)

1.2 Description du champ et de ses principaux acteurs

Le « champ » de la santé et des services sociaux est un espace dynamique traversé par de multiples rapports entre les principaux acteurs concernés, gouvernementaux et communautaires (une cartographie, présentée à l'annexe II, permet de les identifier).

1.2.1 Les acteurs gouvernementaux⁹

Suite à la dernière réforme gouvernementale, décrétée en décembre 2003¹⁰, les instances ministérielles du réseau sociosanitaire sont structurées autour de trois paliers de gouvernance :

Au niveau central, le MSSS, « établit les grandes orientations, alloue les ressources budgétaires et évalue, pour l'ensemble du réseau socio sanitaire, les résultats obtenus par rapport aux objectifs ». Concernant plus spécifiquement les organismes communautaires, le ministre peut, conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner des organismes communautaires et des regroupements provinciaux d'organismes communautaires¹¹.

⁹ Voir l'annexe III pour une illustration de l'organisation du réseau québécois de la Santé et des Services sociaux.

¹⁰ « En décembre 2003, le gouvernement du Québec adoptait la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. (Chapitre A-8-1). Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services. La création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec a pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. » <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>, (consulté le 14 avril 2007).

¹¹ Loi SSS, art.337

Au niveau régional, 18 autorités régionales sont imputables de l'organisation des services sur leur territoire respectif : quinze (15) Agences de santé et de services sociaux en plus du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dans la région du Nord-du-Québec, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les autorités régionales assument entre autres la planification régionale, la gestion et la coordination des ressources, l'allocation budgétaire aux établissements et les subventions aux organismes communautaires, l'évaluation des résultats et la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnues¹².

Au niveau local, « les 95 centres de santé et services sociaux (CSSS) ainsi que leurs partenaires du réseau local de services - dont font partie les médecins de famille, les établissements qui offrent des services spécialisés, les groupes de professionnels, les *organismes communautaires*, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées - partagent collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire local qu'ils concrétisent à l'intérieur d'un projet clinique et organisationnel »¹³.

Par cette réforme, le niveau régional cède de l'importance au niveau local qui, auparavant, était plutôt fragmenté et sans mandat de coordination ou de planification. Cette réforme a également modifié les instances de décision et la participation citoyenne au niveau des Agences. Le gouvernement précédent avait déjà fait plusieurs modifications au fonctionnement des Régies régionales¹⁴ (par exemple, l'abolition des collèges électoraux pour désigner les membres du CA des Régies régionales et des assemblées régionales chargées d'informer la population et de recueillir ses opinions). La réforme Couillard pousse plus loin dans cette direction en amenant la cooptation par le ministre des membres du CA des Agences en plus d'y réduire le nombre de sièges accordés au « communautaire ».

Cette réforme intègre officiellement et même légalement les organismes communautaires dans la nouvelle architecture, un processus déjà amorcé avec la réforme Côté de 1991. Dès lors,

- Les OC sont reconnus dans la Loi sur la santé et les services sociaux comme étant *libres de déterminer leurs orientations, leurs politiques et leurs approches*¹⁵;
- Les OC reçoivent leurs subventions de l'Agence, sont identifiés formellement comme des « partenaires », font partie des acteurs dont on attend une collaboration *en fonction de cibles nationales et régionales*;
- Les OC sont appelés à collaborer avec les CSSS¹⁶ « chargés de définir le projet clinique et organisationnel¹⁷ pour le territoire du réseau local de services et de préciser les contributions

¹² En référence à l'article 340 de la Loi sur la santé et les services sociaux et au Rapport annuel de gestion 2005-2006 du MSSS, p.21.

¹³ Loi SSS art 99.5 et 99.6 RLS. Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local.

(<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/santebref.nsf/05cadcc0c584fcde852568e2007049ab/feaf2d6fb32728c852568eb000bdbd8?OpenDocument>).
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/santebref.nsf/05cadcc0c584fcde852568e2007049ab/feaf2d6fb32728c852568eb000bdbd8?OpenDocument>.

¹⁴ Loi 24 adoptée en 2001.

¹⁵ Loi SSS, articles 334 et 335.

¹⁶ Loi SSS 99.5. L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants: 1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci; 2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population; 3° l'offre de service requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population; 4° les modes

attendues des différents partenaires de ce réseau dont les organismes communautaires. Le projet clinique doit [...] être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles »¹⁸;

- Les CSSS doivent également « instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires » dont les organismes communautaires¹⁹. À cet effet, deux documents ministériels ont été produits afin d'encadrer la signature d'ententes entre les organismes communautaires et les réseaux locaux de services²⁰.

- Enfin, « les établissements régionaux seront appelés à poursuivre leur collaboration avec les organismes communautaires et à contribuer à leur financement par des ententes de service »²¹.

Notons qu'historiquement, la responsabilité du financement des organismes communautaires dans ce champ est passée du centre (MSSS) aux 17 Régies régionales (RRSS) lors du processus de régionalisation du PSOC en 1994, le MSSS conservant toutefois la responsabilité des organismes à rayonnement national. Les discussions entre le MSSS et les instances de représentation des OCSSS de l'époque avaient abouti à l'établissement de « balises nationales » soit la protection par le MSSS des acquis du PSOC et donc des OC, en donnant aux RRSS un Cadre administratif contenant, entre autres, l'obligation de préserver l'enveloppe budgétaire.

1.2.2 Les acteurs communautaires²²

Les organismes communautaires sont regroupés par secteurs ainsi que de façon intersectorielle : leurs actions au sein de la société québécoise et les pratiques novatrices qu'ils mettent de l'avant face à diverses problématiques, tout comme leurs histoires, leur nombre et la diversité des formes de représentation qu'ils ont développées attestent de leur importance politique et du caractère incontournable de leur implication dans la mise en œuvre de la PRSAC. Depuis les années 90, la configuration des acteurs communautaires s'est articulée principalement aux niveaux central et régional et la récente réforme a provoqué une organisation sur une base locale.

Au niveau central, on retrouve trois types de regroupements:

- Les **35 Regroupements provinciaux sectoriels** qui couvrent un vaste ensemble de problématiques et populations. Ces regroupements provinciaux sectoriels sont financés directement par le MSSS, plusieurs depuis le début des années quatre-vingt et possèdent donc une longue expérience de relations avec ce ministère. Ils interagissent tant avec les responsables du

d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau. **Conformité.** Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles. **Mobilisation.** Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation. 2005, c. 32, a. 48.

¹⁷ Un projet clinique est un dispositif administratif et professionnel de planification de services au sein d'une problématique donnée ou pour une clientèle particulière.

¹⁸ LSSS art 99.5.

¹⁹ LSSS art 99.7.

²⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Juin 2004) « Organismes communautaires. Les ententes à convenir avec les instances locales » et MSSS (Juin 2006) « Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services ».

²¹ LSSS art 81, 82, 83.

²² Voir l'annexe IV pour une description plus détaillée de chacun de ces acteurs.

PSOC au MSSS qu'avec les acteurs « politiques » (sous-ministre, ministre et parfois premier ministre). Plusieurs interviennent aussi au niveau de Directions du MSSS proches de leurs problématiques. C'est le cas, entre autres, des groupes en santé mentale, sida, aînés, jeunes, personnes handicapées et toxicomanie.

- La **Table des Regroupements Provinciaux d'organismes Communautaires et Bénévoles (TRPOCB)** qui, créée en 1990-1991 dans le sillage de la réforme Côté, regroupe 35 regroupements provinciaux sectoriels. La TRPOCB est le porte-parole politique de ces regroupements dont la base d'unité réside dans leur approche critique par rapport aux réformes consécutives dans ce champ de même que par le fait de recevoir leur financement du MSSS. Cette Table joue présentement le rôle de porte-parole principal des regroupements provinciaux dans les débats et négociations entourant l'implantation de la PRSAC.

Par ailleurs, ce ne sont pas tous les regroupements provinciaux financés par le MSSS dans le cadre du PSOC qui font partie de cette structure de représentation (p. ex., Association d'implantés cochléaires du Québec; Association des aînés dynamiques, etc.).

- La **Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (CTROCs)** qui regroupe, au niveau national, les 16 TROCs régionales créées elles aussi dans la foulée de la réforme Côté. La CTROC est considérée comme un acteur national et participe également, aux côtés de la TRPOCB, dans les débats et négociations entourant l'implantation de la PRSAC.

Au niveau régional, il existe deux types de regroupements d'organismes communautaires :

- Les **16 TROCs** sont des instances multisectorielles de représentation, reconnues politiquement dans toutes les régions comme les interlocuteurs des Agences de la santé et des services sociaux.

- Certaines **tables sectorielles** dont le nombre et le statut varient selon les régions; certaines Agences les reconnaissent formellement et transigent avec elles, d'autres le font à travers la TROC.

Au niveau local :

- Bien que le niveau local ne fasse pas partie strictement parlant de cette étude, on peut mentionner certaines structures multisectorielles sont en place depuis plusieurs années sur la base du découpage territorial des Municipalités régionales de comté (MRC) ou à travers les Corporations de développement communautaire (CDC). De même, depuis la réforme de 2004 du réseau de la santé et des services sociaux, de nouvelles coalitions d'organismes communautaires émergent au niveau local comme interlocuteurs des CSSS, parfois à l'initiative même des groupes locaux appuyés par leur TROC ou encouragés par des CSSS ou des Agences (quelques-unes ayant octroyé un financement à cette fin).

Par ailleurs, le **Comité aviseur** de l'action communautaire autonome²³, chargé d'assurer la vigilance face à l'implantation de la Politique, constitue également un acteur du champ SSS, le « secteur » Santé et Services sociaux à proprement dit étant représenté par les deux regroupements intersectoriels qui y siègent (TRPOCB et CTROCs) de même que par les représentants de « secteurs » reliés au champ Santé et Services sociaux (femmes, jeunes, personnes handicapées, action bénévole et dans une certaine mesure, le secteur lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres (LGBT)).

D'autres regroupements ne participent pas à cette instance de représentation de l'ACA. C'est le cas par exemple du Regroupement d'assistance et d'accompagnement aux plaintes qui participe à la Table de concertation, étant considéré comme un organisme d'AC au sens large.

²³ Le comité aviseur de l'action communautaire autonome est officiellement devenu le Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA) le 24 mai 2007.

1.3 Bref aperçu du déroulement de la mise en œuvre de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux

La mise en œuvre de la Politique dans le champ SSS s'annonçait comme un exercice de continuité. En effet, cette Politique était perçue, tant par les acteurs gouvernementaux que communautaires, comme le prolongement naturel de ce qui était déjà vécu en santé et services sociaux depuis près de trente ans. Pour les acteurs communautaires en particulier, la mise en œuvre de la Politique ne comportait aucune étrangeté. Au contraire, on y voyait beaucoup de proximité et un sentiment de « déjà vu », de « déjà acquis », produisant à la limite une forme de désintérêt ou d'indifférence. D'ailleurs, aux dires de plusieurs, les groupes locaux ne se seraient pas sentis concernés par la Politique. De même, plusieurs responsables en arriveront à ne pas considérer l'implantation de la Politique comme un enjeu majeur dans leur champ d'intervention. Mais l'actualisation de la Politique en SSS allait connaître des périodes de turbulence, qui ne sont d'ailleurs pas encore complètement terminées, et qui sont venues contredire cette perception.

1.3.1 Une implantation nourrie par une longue pratique de concertation

Bien avant l'adoption de la Politique, le MSSS et les représentants des OCSSS avaient l'habitude de travailler au sein d'instances de concertation dont la composition et les mandats ont varié au gré des conjonctures politiques. S'y était progressivement développée une « culture » particulière de relations « tripartites » entre les instances représentatives des organismes communautaires (tous secteurs confondus), les professionnels et fonctionnaires responsables de la gestion du PSOC aux plans national et régional et les acteurs « politiques » (attachés politiques, sous-ministres et souvent, ministres eux-mêmes). Avant 1990, tous les regroupements provinciaux avaient leurs propres entrées au MSSS.

À partir de la période 1991-1994 et avec la régionalisation, la pratique de la concertation partenariale se développe de façon plus accélérée entre le MSSS, les Régies régionales et les OCSSS. Dès 1992 en effet, les organismes communautaires du champ Santé et Services sociaux entreprennent d'importants travaux de révision du programme SOC que le MSSS entendait régionaliser au même titre que le réseau public. Ils s'engagent également dans d'importantes négociations avec le MSSS et les Régies régionales pour établir ce qu'on appelait alors les « balises nationales du PSOC » de façon à éviter la création de 17 petits PSOC régionaux autonomes dans autant de régions administratives gérées par les nouvelles Régies régionales, désormais « responsables de l'analyse des demandes et de l'attribution du soutien financier pour tous les organismes locaux, régionaux et suprarégionaux de leur territoire »²⁴.

Durant cette période et pour la toute première fois de leur histoire, tous les représentants des secteurs financés dans le cadre du PSOC se réunissent pour définir collectivement: des caractéristiques communes à l'action communautaire autonome, une typologie de groupes adaptée à tous les organismes du MSSS et des fourchettes de financement permettant de baliser les subventions du MSSS et de ses Régies régionales selon une certaine équité entre groupes et secteurs. On retrouve aujourd'hui encore ces différents éléments dans la brochure PSOC. Les OCSSS en arriveront également à développer des positions communes concernant l'hébergement communautaire, les plans régionaux d'organisation de services (PROS) de même qu'un modèle d'évaluation respectueux des organismes communautaires et bénévoles, modèle qui sera repris dans la Politique²⁵.

C'est donc au sein de ce processus collectif que s'élaborera le travail de définition de l'autonomie des OCSSS et l'établissement des balises du financement en appui à la mission, deux aspects qui prendront

²⁴ MSSS, Programme de soutien aux organismes communautaires 2007-2008, p. 7.

²⁵ « [...] diverses approches ont déjà été expérimentées par des ministères et des organismes gouvernementaux en matière d'évaluation des organismes communautaires et le modèle participatif conçu par le Comité ministériel de l'évaluation pour les organismes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux ressort comme un modèle dont il convient de s'inspirer », (PRSAC, p. 37).

une importance cruciale dans l'implantation de la Politique au sein du champ Santé et Services sociaux. Ces travaux ont également permis de reconduire la particularité fondamentale du PSOC, soit d'être un programme de financement de la mission de base des organismes communautaires et de garantir le principe de l'accréditation triennale qui deviendra par la suite, en 1998, l'accréditation continue²⁶. Tous ces principes étaient repris en région et appliqués selon des ententes de concertation Régies régionales/TROC²⁷.

Il est permis d'affirmer que ces travaux ont grandement contribué à la définition de l'action communautaire autonome dont le Comité aviseur de l'action communautaire autonome allait s'inspirer lors de sa première rencontre nationale à l'automne 1998. Juxtés aux travaux produits par les milieux de l'éducation populaire autonome et de la défense collective des droits, ceux des groupes communautaires en santé et services sociaux ont ainsi contribué à donner une certaine impulsion aux réflexions préliminaires que le SACA allait entreprendre pour élaborer la Politique.

La pratique de concertation entre les acteurs du champ SSS s'est ensuite poursuivie pendant l'élaboration de la Politique et après son adoption, celle-ci n'ayant pas substantiellement modifié ce qui était considéré comme un acquis par les acteurs concernés, tant gouvernementaux que communautaires.

1.3.2 Une implantation marquée par un changement de gouvernement

L'implantation de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux s'est déroulée en deux étapes correspondant à la présence des deux gouvernements - péquiste (2001-2003) et libéral (depuis 2003-) - qui se sont succédés au pouvoir depuis l'adoption de la Politique en septembre 2001.

La période 2001-2003

Les discussions entre le MSSS, les Régies régionales et les instances représentatives des OCSSS (la TRPOCB et la CTROC) ont presque toujours existé. Mais dès juin 2000, soit dans le contexte de l'élaboration de la Politique, ces acteurs s'engagent conjointement dans des discussions à travers un *Comité de travail sur les orientations ministérielles*²⁸. Ce comité découle « de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire, du Programme de soutien aux organismes communautaires et des priorités ministérielles » et a le mandat de produire un document d'Orientations ministérielles qui puisse permettre de :

1. Tracer l'évolution des relations et des interactions entre le mouvement communautaire en santé et services sociaux, le MSSS et les Régies régionales;
2. Camper la contribution des organismes communautaires à la mission santé et services sociaux, c'est-à-dire situer la contribution des organismes communautaires en regard des services offerts;

²⁶ « Cette mesure vise à accroître la stabilité des organismes, à leur donner une plus grande marge de manœuvre dans la planification de leurs activités. L'accréditation continue assure de fait les organismes communautaires du renouvellement de leur subvention pour l'accomplissement de leur mission globale en autant qu'ils respectent les critères d'admission du programme. », Brochure du PSOC 2007-2008.

²⁷ À cet égard, on peut se référer aux premiers *cadres de référence* ou de *collaboration* entre TROC et Régies régionales dont plusieurs datent des années 1995, 1996 et 1998. Le *cadre de référence*, de *collaboration* ou de *coopération* ou de *reconnaissance et de soutien financier* (l'appellation et la facture varient d'une région à l'autre) représente une entente entre les OC d'une région et les instances gouvernementales régionales (l'Agence) et locales (les CSSS). Il comprend habituellement des positionnements de principes, la référence à la Politique, la détermination des rôles et responsabilités de chaque acteur, les critères d'accréditations, les modes de financement, les mécanismes de reddition de comptes et parfois les processus évaluatifs. Le cadre de référence régional constitue dans les faits un « lieu du compromis ». Pour éviter la confusion, nous privilégierons l'appellation *Cadre de collaboration régional* dans le présent rapport.

²⁸ TRPOCB (2002) Bulletin d'information sur les travaux du Comité de travail sur les Orientations ministérielles.

3. Définir les orientations qui guideront les relations et les interactions entre les organismes communautaires, le MSSS et les Régies régionales;
4. Réfléchir à une approche de services intégrés afin de bien situer le rôle des organismes communautaires dans la gamme des services offerts à la population;
5. Affirmer notre volonté de travailler dans une planification régionale.²⁹

Le comité se réunira cinq fois entre juin 2001 et février 2002 pour arriver au constat suivant de la part des représentants du communautaire : « Malgré les efforts de toutes les parties concernées pour faire en sorte que les Orientations ministérielles reflètent vraiment l'esprit de la Politique et les attentes du mouvement communautaire, les différentes versions proposées (3) par les représentants du ministère et des régies n'ont pas répondu à nos attentes. Par conséquent, de concert avec les représentants de la Coalition des TROCs, nous avons avisé nos vis-à-vis que nous ne pouvions aller plus loin pour l'instant. Les travaux sont donc interrompus jusqu'à nouvel ordre et nous entendons profiter de ce temps pour refaire le point sur l'ensemble de ce dossier »³⁰.

Pour les OCSSS, les travaux avaient achoppé sur la nature du PSOC considéré par eux comme un programme de financement de base en reconnaissance de la mission globale, sur l'obligation faite aux OCSSS de s'inscrire dans une logique de réseau de services intégrés (RSI), sur l'importance de hausser de façon substantielle l'enveloppe du PSOC et sur la nécessité pour le MSSS de formuler un nouveau mandat pour le comité davantage conforme à l'esprit de la Politique. Les représentants des OCSSS demandaient en outre que la poursuite des travaux se fasse en s'appuyant sur le texte de la brochure PSOC et sur les définitions du communautaire ayant déjà fait l'objet de consensus sur l'évaluation des organismes communautaires) et sur un travail chargé d'énoncer les modalités d'application de la Politique plutôt que de les réinterpréter. D'autres demandes concernaient la présence d'un représentant politique au Comité ministériel, des délais raisonnables pour les phases de consultation, la clarté quant aux intentions du MSSS par rapport à la prépondérance du financement de base et des modalités précises quant aux transferts. On va constater la récurrence de certaines problématiques faisant toujours l'objet de discussion entre le MSSS et les OCSSS.

Dans l'ensemble, le MSSS répondra assez favorablement à ces demandes après de longues périodes de silence où les travaux restent en plan, suivies de contacts avec le sous-ministre durant l'année 2002. La période électorale de l'hiver 2003, puis l'élection d'un nouveau gouvernement allaient changer la donne. Cependant, des étapes avaient déjà été franchies dans l'implantation et constituaient des « incontournables » : reconnaissance que le programme SOC demeure un programme de financement de base en reconnaissance de la mission globale avec toutefois des éléments d'application régionale (les cadres de collaboration régionaux notamment) dont il faudra tenir compte; réaffirmation par le MSSS de sa volonté de travailler dans l'esprit de la Politique quant au principe de collaboration libre et volontaire; renonciation par le MSSS à intégrer la question de la participation aux réseaux de services intégrés (RSI) dans le document sur les Orientations ministérielles en regard du PSOC ce qui ne signifiait toutefois pas la renonciation à étendre aux organismes communautaires autonomes toute obligation à s'inscrire dans une logique de RSI (la question devait être discutée ultérieurement par le MSSS et les Régies régionales); nécessité, par ailleurs, de rendre certains libellés de la brochure du PSOC conformes à la Politique; accord avec le principe de la prépondérance du financement de base, mais nécessité d'en discuter l'application avec les Régies régionales.

Règle générale, selon les acteurs rencontrés, la question du transfert de certains OC d'un ministère à l'autre n'a pas constitué un enjeu important dans le champ Santé et Services sociaux sauf pour les OC Famille qui ont connu un processus long et complexe de transfert vers le Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine (MFAFC)³¹. Ces transferts ont suscité des tensions tant au sein des acteurs gouvernementaux (entre les deux ministères concernés) qu'entre les acteurs communautaires

²⁹ Dernière version du mandat officiel de ce comité, Février 2002. p 2.

³⁰ TRPOCB (2002) Bulletin d'information sur les travaux du Comité de travail sur les Orientations ministérielles, Février 2002, p. 1.

³¹ Pour un traitement plus en profondeur du processus des transferts dans le champ Famille, voir le Rapport de l'étude de cas sur la mise en œuvre de la PRSAC dans le champ Famille, <www.evalprsac.com>.

(entre des regroupements provinciaux et des TROC et au sein de certaines TROC). Certains centres d'amitié autochtone ont également été transférés au Secrétariat aux Affaires autochtones, mais selon un processus moins ardu. Il en a été de même pour le transfert des groupes en immigration au Ministère de l'immigration et des communautés culturelles³².

La période de 2004 à 2007

Le nouveau gouvernement, arrivé au pouvoir en avril 2003, adopte sous le bâillon en décembre de la même année, la loi 25 qui modifie substantiellement les structures du réseau public en santé et services sociaux. Cette réforme arrive alors que se poursuit l'implantation de la Politique. L'interaction mutuelle entre ces deux processus influe sur les acteurs tant gouvernementaux que communautaires et affecte les interrelations entre les différents paliers concernés par la mise en œuvre de la Politique.

Relations entre le MSSS et les Agences : Durant cette période, le MSSS connaît d'importants changements de personnel. Cette situation instable aurait entraîné une sorte « d'absence » du MSSS au niveau des Agences malgré l'existence d'un lien plus ou moins structurel entre ces deux instances. Ces liens ont pris différentes formes au cours des ans, sans toutefois jamais répondre de façon satisfaisante aux besoins de plusieurs responsables dans les Agences. Au moment du changement de gouvernement, il existait depuis plusieurs années des rencontres biennuelles entre la direction chargée des organismes communautaires et de la gestion du PSOC au MSSS et les responsables du communautaire et du PSOC dans chacune des Agences. Ces rencontres avaient notamment comme objectifs le partage des dossiers, le support mutuel entre Agences et une certaine « harmonisation » des pratiques face aux organismes communautaires. D'après les entretiens tenus avec les responsables PSOC régionaux, les insatisfactions sont en partie dues au fait que ces rencontres entre le MSSS et les Agences ont été interrompues pendant plus d'un an et demi. Par ailleurs, il semble que ces problèmes de communication prévalaient également en 2002 selon le document Synopsis³³ qui rapporte « le manque d'information par rapport aux enjeux nationaux » comme sujet de préoccupation de l'heure des responsables du dossier des OC dans les régions régionales, tout en soulignant que « les responsables SOC ont parfois l'impression que leurs interlocuteurs du communautaire sont mieux informés qu'eux ».

Aujourd'hui, la communication entre le MSSS et les Agences est toujours qualifiée de « déficiente » par certains responsables régionaux du PSOC. Selon certains d'entre eux, les informations pertinentes leur parviennent très souvent par la voie des TROC. D'aucuns n'hésitent à parler d'un manque de leadership de la part du MSSS dans ce dossier. L'absence de lignes directrices de la part du MSSS donne aux Agences le sentiment d'être plutôt laissées à elles-mêmes.

Certes, la communication existe entre les responsables PSOC régionaux qui entretiennent des liens d'information et de partage d'expertise entre eux, mais leurs relations relèvent plutôt de l'informel et du ponctuel; les échanges se font par téléphone ou courriel à propos d'un dossier particulier ou sur les sujets « épineux ». Cette situation n'est pas sans conséquences pour l'harmonisation (ou la non harmonisation) interrégionale quant à l'implantation de la Politique. Elle laisse aux responsables PSOC régionaux un très grand espace d'interprétation qui se concrétise par des prises de positions et des actions régionales allant parfois à l'encontre des orientations ministérielles. On pense en particulier aux positions différentes d'une Agence à l'autre quant à la nature du PSOC (réservé exclusivement ou non au financement de la mission) ou encore aux mécanismes de reddition de comptes.

Relations du MSSS avec le SACA : Ces relations ont varié depuis l'adoption de la Politique et on pourrait les qualifier à certains moments de « difficiles ». Ces difficultés proviendraient, selon les acteurs concernés, de conceptions différentes, chez les porteurs du dossier de la problématique des OCSSS et des relations à entretenir entre le SACA et les instances régionalisées du MSSS. Ces difficultés

³² Voir le Rapport de l'étude de cas sur la mise en œuvre de la PRSAC dans le champ Immigration, personnes réfugiées et communautés culturelles, www.evalprsac.com.

³³ SYNOPSIS, (2002) Portrait des interactions des Régions régionales et du MSSS avec les organismes communautaires. Synthèse des cadres de référence et des pratiques. Conseil en gestion Inc., p. 64.

pourraient également être attribuées aux changements fréquents de responsables en particulier au niveau du MSSS et aux modifications dans certaines procédures entre le MSSS, le SACA et les Agences. Ainsi, jusqu'à tout récemment, le SACA s'adressait directement aux Agences pour obtenir les informations nécessaires, entre autres, à l'établissement du portrait de l'évolution du financement des OCSSS. Le MSSS demande dorénavant que le SACA s'adresse à lui pour obtenir ces mêmes informations. Ce changement découlerait d'une nouvelle méthode de travail, demandée entre autres par les Agences, afin de respecter la procédure du MSSS dans l'acheminement des demandes qui leur sont adressées.

Relations des Agences avec les CSSS : Les relations qu'entretiennent les Agences avec leurs CSSS varient grandement d'une région à l'autre, même d'un CSSS à l'autre. On observe certains cas de figure révélateurs de l'impact de ces variations sur les processus de la mise en œuvre de la Politique :

- plusieurs Agences entretiennent des relations qualifiées « d'assez bonnes » avec les CSSS de leur région, mais entretiennent également des visions très diversifiées voire conflictuelles à propos du rôle des OCSSS, quant à la reconnaissance de leur autonomie versus les cibles à atteindre dans certaines problématiques et quant aux priorités régionales, aux redditions de comptes exigées, etc.;
- dans d'autres Agences, on mise sur l'implication des dirigeants des CSSS pour augmenter les opportunités de reconnaissance des organismes communautaires;
- dans une région, l'incertitude quant à l'existence de l'Agence sur le territoire, a fait en sorte que le CSSS s'est très impliqué auprès des OCSSS, notamment par sa participation à l'élaboration et à la signature du cadre de collaboration régional (Agence/CSSS/TROC)³⁴.

Deux tendances apparaissent de plus en plus clairement. D'un côté, une majorité de CSSS continuent de penser que l'Agence doit jouer un rôle prépondérant quant aux orientations, aux relations et au financement des organismes communautaires. De l'autre, une petite minorité de CSSS sont plutôt d'avis, qu'étant responsables de la coordination des réseaux intégrés de services et des projets cliniques sur leur territoire, les CSSS devraient en détenir tous les leviers incluant les OCSSS. Bien que minoritaire, cette dernière tendance pourrait annoncer un déplacement progressif des responsabilités concernant les OCSSS vers les CSSS. La Loi sur les SSSS actuelle stipule toutefois que ce sont les Agences qui sont responsables des OCSSS, une disposition perçue comme une « police d'assurance » par les OCSSS.

Par ailleurs, selon nos interlocuteurs des Agences et du milieu communautaire, une Agence ne peut obliger les CSSS (de sa région) à respecter le cadre de référence formellement adopté entre une TROC et une Agence dans plusieurs régions. Cette situation en amène certains à se questionner à savoir si l'avenir verra l'émergence des CSSS comme acteurs clé dans la mise en œuvre de la Politique avec, comme corollaire, le recul du pouvoir de régulation des Agences.

Les OCSSS voient aussi dans ce possible affaiblissement de la position de l'Agence un risque de dilution des cadres de collaboration régionaux négociés avec cette instance et craignent des pertes d'acquis. Cette perception les pousse à développer de multiples stratégies pour refaire le travail de promotion et de protection de leur autonomie. Ils ont le sentiment de devoir consacrer énormément d'énergie et de ressources pour faire affaire avec « beaucoup de monde et beaucoup de structures » comme le soulignent, entre autres, des OCSSS devant transiger avec plusieurs CSSS pour des projets à implanter dans plusieurs territoires à la fois. Par exemple, un responsable de TROC fait état de 27 tables opérationnelles dans sa région pour lesquelles les OCSSS sont sollicités. Le déplacement du pouvoir régulateur dans le champ d'action communautaire inquiète donc les groupes communautaires. Plusieurs disent y voir une perte potentielle de capacité de gouverner le champ selon une vision plus globale du portrait et de la dynamique régionale. Ils y voient aussi l'ouverture possible à une augmentation de l'iniquité intra régionale.

³⁴ Cette incertitude serait maintenant levée et le maintien de l'Agence, assuré.

Relations MSSS - OCSSS : Après s'être opposés à la réforme Couillard, au moment de l'adoption de la Loi 25, les représentants des organismes communautaires entreprennent immédiatement des démarches pour discuter avec le Ministère des impacts de cette réforme sur les organismes, pour connaître les intentions du ministre quant à la poursuite de l'implantation de la Politique et pour présenter leurs revendications. Le MSSS répond par la voix de son sous-ministre qui, dès le printemps 2004 interpelle la TRPOCB et la Coalition des TROC concernant les « ententes à convenir avec les instances locales » (Agences et CSSS). Les travaux aboutissent en juin 2004 à la production d'un document conjoint MSSS/communautaire qui explicitera les principes et modalités s'appliquant aux organismes communautaires dans leurs liens avec les Agences et les CSSS³⁵. Les principaux éléments sont les suivants :

- le PSOC demeure un programme de financement de la mission globale des OCSSS et continue d'être géré par les Agences;
- les modalités de collaboration doivent respecter l'autonomie des organismes et les termes de la Politique;
- le soutien financier de la mission globale n'est pas lié à des modalités de collaboration avec les instances locales;
- les modalités de collaboration sont établies sur une base libre et volontaire. Aucun groupe ne devra être forcé de collaborer contre son gré ou de signer des ententes de service avec son instance locale;
- dans certains cas, les modalités de collaboration peuvent prendre la forme d'ententes de service.³⁶

Durant ces travaux, la Coalition des TROCs met de l'avant six revendications³⁷ :

- que le PSOC devienne un programme national en action communautaire reconnaissant les pratiques distinctives du milieu communautaire autonome; réservé exclusivement à financer la mission des OCA en Santé et Services sociaux; assorti de balises concernant l'augmentation du financement de la mission des OCA; géré régionalement par les Agences et non par les CSSS;
- qu'une direction portant exclusivement sur l'action communautaire soit créée au sein du MSSS, avec une équipe permanente spécialisée en ACA ayant comme mandat la recherche, la gestion du programme et les relations avec les représentants du milieu communautaire autonome;
- qu'un comité conjoint permanent MSSS/Communautaire soit mis sur pied;
- qu'un portrait exhaustif du communautaire soit réalisé;
- que des transferts de financement des programmes vers le PSOC soient réalisés afin d'améliorer le financement de la mission;
- qu'un plan formel de rehaussement de financement en appui à la mission des OC soit développé par le MSSS.

Ces revendications reçoivent un accueil mitigé de la part du MSSS qui refuse de créer un programme national en ACA, préférant conserver un « fonds dédié PSOC » capable selon lui de protéger les argents du communautaire; refuse de créer une direction pour l'ACA au sein du MSSS, une telle initiative relevant de la gestion interne; refuse de s'engager à développer un plan de rehaussement du financement en appui à la mission; refuse pour le moment de tracer un portrait exhaustif du communautaire, mais se montre ouvert à d'éventuels transferts de financement des programmes vers le PSOC suite à des négociations régionales.

Surtout, le MSSS accepte de créer un comité ministériel d'harmonisation : le *Comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en SSS*. Présidé par une sous-ministre adjointe, illustrant ainsi l'importance que le ministre de la santé et des services sociaux lui accorde, ce comité est statutaire et paritaire (y siègent 16 personnes; 8 du gouvernement - MSSS/Agences - et 8 du

³⁵ MSSS (2004) Les organismes communautaires. Les ententes à convenir avec les instances locales. Ce document sera suivi d'un autre en juin 2006 intitulé « Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services ».

³⁶ MSSS (2004) Les organismes communautaires. Les ententes à convenir avec les instances locales.

³⁷ Coalition des TROC, Évolution des travaux de la CTROC en lien avec le MSSS (document non daté).

communautaire - TRPOCB et CTROCs). En décembre 2004, le MSSS en définissait ainsi le mandat : « Recevoir et discuter de recommandations guidant les pratiques administratives du ministère et des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux liées au soutien financier et à la reddition de comptes. ». Ce comité a mis en place des sous-comités (reddition de comptes, modes de financement) dont les travaux sont toujours en cours alors que celui prévu sur le financement des organismes communautaires n'aurait pas encore débuté ses travaux. Le comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en SSS constitue un bon exemple du croisement entre la mise en œuvre de la réforme dans le champ SSS et celle de la PRSAC.

Cela dit, les travaux au niveau national progresseraient lentement et, selon des responsables régionaux, ils doivent souvent eux-mêmes faire pression pour que les travaux redémarrent ou débloquent. À titre d'exemple, on cite les questions relatives aux modes de financement des organismes, qui semblaient emboîter le pas aux ententes de service. Ces questions devenaient de plus en plus criantes pour les représentants gouvernementaux régionaux, au moment où on discutait de ces ententes de service. Or, à cette époque, la dernière rencontre avec le MSSS datait de plus d'un an et demi. Il est arrivé que des représentants PSOC régionaux soient moins patients et, en raison de pression de la part de la direction de l'Agence, aient tenté d'accélérer le rythme des choses en entreprenant des actions pour baliser leurs orientations et réalités régionales. Ce qui a provoqué des tensions avec les OC de leur région bien au fait des travaux ayant cours au niveau ministériel. Ainsi, une Agence a voulu devancer les travaux du sous-comité de travail sur la reddition de comptes et mettre en place son propre système de reddition de comptes, lequel allait au-delà des exigences de la Politique. Elle a dû revenir sur sa position suite aux pressions des OCSSS et à l'intervention des responsables du PSOC au niveau provincial.

De l'avis de plusieurs acteurs communautaires, les discussions ne font que commencer. Le vrai débat aura lieu à l'automne 2008 lorsque le *Comité de valorisation et d'harmonisation* s'appliquera à la mise à jour de la brochure PSOC. Les organismes communautaires souhaitent aborder des questions fort litigieuses : le rehaussement du financement aux OCSSS, l'indexation, les budgets de développement, la typologie des groupes³⁸. Le mandat du sous-comité sur le financement des OCSSS n'a toutefois pas encore été adopté par le Comité de valorisation.

Au final, les observations rapportées dans cette sous-section attirent l'attention sur la présence d'un ensemble d'irritants dans les relations entre les différents groupes d'acteurs chargés de la mise en œuvre de la Politique dans le champ SSS. Si cette implantation ne se déroule pas sur un mode exclusivement conflictuel, il n'en demeure pas moins qu'il y a « turbulence » entre et au sein des acteurs communautaires et gouvernementaux.

³⁸ La typologie réfère à une catégorisation et classification des groupes par type d'activités : aide et entraide, sensibilisation, promotion et défense de droits, milieux de vie et de soutien dans la communauté, hébergement, regroupements régionaux, organismes nationaux. On la retrouve dans la Brochure PSOC du MSSS 2007-2008. On en retrouve une aussi dans le Cadre de référence en matière d'action communautaire (2004) Partie II, p 10.

Chapitre 2 :

Les enjeux de l'implantation de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux

Les pages précédentes ont permis une description des acteurs et un premier aperçu de l'implantation de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux. Cette deuxième section a pour objet une lecture contrastée des principales problématiques telles que vécues et identifiées par les acteurs impliqués dans cette actualisation de la Politique. Ces problématiques autant organisées à partir de la notion d'enjeux ou de ce qui est « en jeu » pour les acteurs, c'est-à-dire ce qui est objet de controverse, de perception ou d'interprétation différente ou même de dispute selon les points de vue de ces acteurs, gouvernementaux et communautaires. Les entrevues réalisées font ainsi ressortir quatre grands enjeux: 1) la reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires; 2) l'impact de la réforme sur la mise en œuvre de la Politique; 3) la représentation et la concertation; 4) le financement.

2.1 La reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires : de quelle autonomie parle-t-on ?

Le principe premier de la Politique est le « respect de l'autonomie des organismes communautaires », une autonomie « associée à la distance critique qui doit exister entre le mouvement communautaire et l'État afin que s'instaure une relation véritablement dynamique où le communautaire protège son identité et conserve une marge de manœuvre dans les relations qu'il entretient avec les pouvoirs publics »³⁹. D'entrée de jeu, la Politique introduit trois notions - la distance critique, la protection de l'auto-identité du communautaire et le maintien d'une marge de manœuvre face à l'État. Cette reconnaissance d'autonomie s'applique à l'ensemble des organismes communautaires. Par ailleurs, la Politique accorde une attention particulière à ce qu'elle appelle « action communautaire *autonome* » (ACA) qu'elle distingue de l'action communautaire au sens large : il s'agit des organismes engagés dans leurs communautés qui poursuivent une mission propre favorable à la transformation sociale et à la citoyenneté active, adoptent des approches globales et demeurent entièrement indépendants du réseau public au niveau de leur instance décisionnelle (conseil d'administration)⁴⁰. Si tous les organismes communautaires gardent leur autonomie au sens large du terme, certains jouissent alors d'un statut privilégié conféré par la Politique en raison de leur adhésion à ces critères spécifiques. Ainsi, la Politique garantit aux organismes ACA un accès au financement de leur mission globale. Par ailleurs, il s'agit là d'une notion toute relative puisque la consolidation du financement des groupes existants est prioritaire ce qui rend difficile l'accès au financement pour les nouveaux groupes⁴¹.

L'acteur gouvernemental est donc porteur d'une certaine conception de l'autonomie qu'il s'agit ici de mettre en parallèle avec l'interprétation et le vécu des OCSSS afin de faire ressortir ce qu'il en est de l'implantation de ce principe de base de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux est perçue par les principaux intéressés. L'analyse de cet enjeu sera effectuée à partir de deux dimensions : la nature

³⁹ PRSAC p. 17.

⁴⁰ En référence à la PRSAC, p. 21.

⁴¹ « L'équilibre souhaité entre les objectifs de consolidation des OC existants et la marge de manœuvre nécessaire au développement de nouveaux OC en réponse à de nouveaux besoins n'indique pas que la consolidation et le développement sont sur un pied d'égalité. La « marge de manœuvre » pour le développement laisse la prédominance à l'objectif de consolidation. » dans Gouvernement du Québec (2004) Cadre de référence en matière d'action communautaire, Partie II, p. 15.

de la reconnaissance accordée aux OCSSS par le MSSS et l'impact de la gestion par programmes sur l'autonomie des OCSSS.

2.1.1 Action communautaire « et /ou » action communautaire autonome: quoi reconnaître, comment reconnaître et qui doit exercer la distinction ?

Quoi reconnaître ?

Les organismes communautaires du champ Santé et Services sociaux sont très majoritairement inscrits dans la mouvance de l'ACA et ont fait du financement de la mission un « test » de fidélité du MSSS à la Politique. Ce faisant, ils se situent dans la tradition d'autonomie des OC du champ SSS déjà signalée en Introduction. Ce positionnement pour l'action communautaire autonome s'est manifesté dès les audiences de la Commission Rochon et s'est affirmé durant la décennie 1990. Il a fait consensus au sein des OCSSS et a servi de base aux discussions et négociations avec le MSSS, la direction du PSOC et les différentes directions sectorielles (santé mentale, jeunesse, personnes handicapées, toxicomanie)⁴². L'identification de caractéristiques définissant l'ACA dans le champ Santé et Services sociaux s'est réalisée durant cette période et on les retrouve clairement énumérées dans le document produit conjointement par le MSSS, les Régies régionales, la TRPOCB et la CTROC sur l'évaluation des OCSSS en 1997, soit quatre ans avant l'adoption de la Politique⁴³. Ces mêmes éléments de définition de l'autonomie des OCSSS se retrouvent dans la plus récente version de la brochure du programme SOC publiée par le MSSS pour les demandes de subventions 2007-2008⁴⁴.

Les mêmes organismes communautaires ont aussi mené des luttes importantes pour que la reconnaissance de cette autonomie s'actualise à travers un mode très spécifique de financement : celui de la mission globale. Pour les OCSSS, action communautaire autonome et financement de la

⁴² Pour plus de détails à ce sujet, se référer à toute la documentation de la TRPOCB et aux conclusions des rencontres nationales TRPOCB et CTROCS.

⁴³ MSSS (1997) *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles*. Une évaluation respectueuse des organismes communautaires et bénévoles implique un processus de négociation, Gouvernement du Québec.

⁴⁴ On peut en effet y lire que : « les organismes communautaires se définissent comme constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme des agentes de transformation sociale qui agissent en vue de favoriser l'amélioration de la qualité du tissu social. Leur intervention se propage bien au-delà de la simple satisfaction des besoins sociaux et des besoins de santé de la population. L'action de ces organismes constitue au Québec un secteur particulier d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux. Le mouvement est engagé :

- dans le travail quotidien contre la pauvreté, la discrimination et en vue de l'amélioration de la qualité du tissu social, par la création de groupes d'entraide, de défense de droits et la mise en place de services adaptés au besoin des personnes en cause, etc.;
- dans l'action sociale et politique visant de profondes transformations des lois, des institutions, du marché, des mentalités pour contrer l'exclusion et promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes;
- dans la création d'espaces démocratiques (démocratisation de nos lieux d'existence et des lieux de pouvoir) et la revitalisation constante de la société civile.

Les organismes communautaires se caractérisent par un fonctionnement démocratique, par une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société, par une approche globale, par une action basée sur l'autonomie des groupes et des individus, par une capacité d'innover, par un enracinement dans la communauté, par une vision « autre » du service et par une conception plus égalitaire des rapports entre les personnes intervenantes et participantes », p. 7. La brochure précise d'ailleurs d'entrée de jeu que « le MSSS et les agences de la santé et des services sociaux reconnaissent l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ils reconnaissent qu'au-delà des services sociaux et des services de santé du réseau public, les organismes communautaires apportent une contribution originale et essentielle qui mérite un soutien de la part de l'État. Ils reconnaissent enfin que, par leur nature même, les organismes communautaires doivent pouvoir bénéficier de toute l'autonomie nécessaire pour la réalisation de la mission qu'ils se sont donnée. Cette autonomie est définie à l'article 335 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) lequel stipule qu'un organisme communautaire est libre de définir ses orientations, ses politiques et ses approches. » (p.6).

mission allaient de pair et il en est encore de même aujourd'hui : les acteurs communautaires invoquent très souvent la Politique en appui à ces positions⁴⁵. De même, le PSOC était et continue d'être perçu comme un programme consacré exclusivement à du financement de mission, garantissant ainsi le respect de l'autonomie telle que définie par les OCSSS. La Politique (p.26) reconnaît d'ailleurs que le MSSS pratique depuis de nombreuses années « le principe de la participation au financement de la mission globale [...] et qu'il s'est révélé concluant dans certaines régions régionales de la Santé et des services sociaux comme mesure permettant de reconnaître l'autonomie de l'action communautaire tout en assurant la stabilité ainsi que la qualité des interventions et des services offerts. ». La brochure actuelle du PSOC (p.10) définit ainsi le type de soutien financier que ce programme offre: « apporter aux organismes communautaires un soutien en appui à la réalisation de leur mission globale, en complément à la contribution de la communauté », un libellé qui conforte les OCSSS dans leur perception de la nature du PSOC.

La publication, en août 2004, du Cadre de référence et du Plan d'action gouvernemental va modifier la donne⁴⁶ et bouleverser ce qui était jusque là perçu comme un acquis par les OCSSS. Dans ces documents, le gouvernement ouvre l'accès au financement de la mission globale à tout organisme ayant des pratiques dites « alternatives » même s'ils ne correspondent pas à la définition de l'ACA adoptée dans la Politique. Pour nombre d'OCSSS, cette ouverture à accorder du financement de mission à des organismes non ACA, signifie une dilution de la reconnaissance spécifique de l'ACA pour laquelle ils ont longtemps lutté, puisque, de leur point de vue, le financement de la mission globale constitue l'affirmation, voire la « marque » de l'ACA. La position du MSSS vient sceller, selon eux, une sorte de non reconnaissance de l'ACA. Il s'agit là d'un enjeu majeur pour les OCSSS qui les amène à poser la question : quand le MSSS dit reconnaître l'autonomie des OCSSS, que reconnaît-il exactement ?

La réponse du MSSS serait contenue dans la Loi des SSSS et le Cadre de référence où l'on reconnaît l'autonomie des OCSSS qu'ils soient d'action communautaire au sens large ou d'action communautaire autonome⁴⁷. Ainsi, le MSSS est en accord avec ce changement «de paradigme», ayant lui-même adopté, comme dans la Politique, une position qu'il qualifie « d'inclusive » soit la définition de l'action communautaire au sens large afin de ne pas pénaliser les groupes qui ne se définissent pas comme faisant partie de l'ACA. Le MSSS n'aurait pas voulu entrer dans de laborieux et arbitraires processus de distinction entre AC et ACA, le PSOC finançant déjà des OCSSS qui n'ont pas nécessairement de visée de transformation sociale. L'entente administrative⁴⁸, signée en novembre 2006, officialise et codifie cette prise de position :

« Le MSSS retient la définition correspondant à celle des organismes d'action communautaire. À cet égard, le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) protège les acquis des organismes qui y sont inscrits depuis ses débuts. Les actions, des organismes reconnus dans le cadre du programme depuis 1973, n'étaient pas nécessairement orientées vers une transformation sociale avec des pratiques citoyennes et des approches larges [...] En ce sens, le PSOC s'adresse à l'ensemble des organismes d'action communautaire en santé et services sociaux, sans exclusion ni distinction »⁴⁹.

On voit ainsi resurgir, à travers ces divergences quant au sens à donner à l'action communautaire autonome, le nœud de tension - non résolu - qui a servi d'inspiration pour la distinction entre action

⁴⁵ Politique, notamment aux pages 20, 24 et 25.

⁴⁶ Ces documents sont produits sous l'égide du nouveau ministre, alors que la Politique était issue du gouvernement précédent.

⁴⁷ «Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques, ses approches» (Loi SSS 1991, c 42, a.335). Voir les caractéristiques de l'action communautaire définies dans le Cadre de référence en matière d'action communautaire. Partie III p 5.

⁴⁸ Entente administrative entre la ministre de l'emploi et de la solidarité sociale, Mme Michelle Courchesne, et le ministre de la santé et des services sociaux, M. Philippe Couillard, Novembre 2006, 11 pages. Une entente administrative est un document stipulant les engagements réciproques entre le ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, responsable de la Politique et chaque ministère concerné quant à l'application de la Politique.

⁴⁹ C'est nous qui soulignons.

communautaire au sens large et action communautaire autonome à l'origine de la position privilégiée accordée à l'ACA dans la Politique.

Comment reconnaître l'autonomie ?

Au niveau central donc, le MSSS ne reprend pas la distinction que fait la Politique entre les organismes d'AC et les organismes d'ACA. Logiquement, cette orientation (ne pas reprendre cette distinction ACA vs AC) devrait s'appliquer aux OCSSS financés directement par le MSSS, mais aussi au niveau régional, à l'ensemble des Agences chargées de mettre en œuvre cette Politique dans leur région. Cependant, l'entente administrative ayant été signée en novembre 2006, il semble qu'un certain « flou » se soit glissé durant la période 2003-2006 entre le central et le régional laissant les responsables régionaux à eux-mêmes sans indications précises qui puissent les guider. Elle fait en sorte qu'au niveau régional la distinction AC/ACA ou plutôt la non-distinction en faveur de l'AC repose entre les mains des Agences et plus particulièrement entre celles des représentants PSOC régionaux appelés à gérer ce délicat processus ayant des répercussions directes sur le financement des groupes. Certains responsables considèrent que ce « pouvoir discrétionnaire par défaut » amène une certaine confusion ou, à tout le moins, une difficulté d'opérationnalisation de la Politique par la voie des PSOC régionaux.

Le processus entrepris par toutes les Agences pour faire face non seulement à ce « nœud gordien » mais à l'application de la Politique a été une longue consultation/concertation/négociation avec les TROCs (et certaines tables sectorielles dans certaines régions) afin de mettre en place un outil capable de baliser l'application de la Politique. Ce processus s'est soldé par l'élaboration d'un cadre de collaboration régional. Tous les cadres de collaboration régionaux ont été produits selon une approche partenariale plus ou moins conflictuelle. Le rapport de forces et les stratégies utilisées tant par les acteurs gouvernementaux que communautaires a abouti à des résultats parfois semblables, mais parfois très différents d'une région à l'autre. Ainsi, certaines régions ont carrément refusé d'entrer dans le débat AC/ACA et ce faisant, ont privilégié la définition de l'AC sans reconnaissance de la spécificité ACA; deux Agences ont opté pour reconnaître l'ACA et réserver le financement de la mission exclusivement à ces groupes ; plusieurs toutefois reprennent la distinction contenue dans la Politique, mais semblent vouloir rendre les trois modes de financement prévus dans la Politique accessibles à tous les OC⁵⁰. Il semble ici que certains acteurs gouvernementaux aient tendance à dissocier la reconnaissance de l'autonomie du mode de financement en particulier le mode de financement de la mission.

Du point de vue du communautaire, la distinction AC/ACA soulève également certaines tensions. Si tous se réclament globalement de l'action communautaire autonome, tous ne veulent pas appliquer de façon rigide les critères de définition contenus dans la Politique et tous ne partagent pas les mêmes stratégies pour obtenir la reconnaissance du statut d'ACA par l'État. L'ensemble des acteurs du champ Santé et Services sociaux ne s'expriment pas d'une même voix par rapport à cet enjeu. Une profonde divergence de position persiste entre les deux principaux acteurs nationaux, la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) et la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (CTROCs), divergence en grande partie explicable par la composition même de ces regroupements et par leur positionnement quant au rôle de l'État.

La Table des regroupements provinciaux (TRPOCB) préfère s'en tenir à des critères minimaux de définition de l'action communautaire autonome (?) pour éviter d'exclure une partie de ses membres, mais aussi pour éviter de donner aux fonctionnaires un trop grand pouvoir discrétionnaire. La TRPOCB pense qu'il revient au communautaire lui-même d'assumer la définition de son autonomie et des moyens pour y parvenir. De son côté, la Coalition des TROCs (CTROCs) est portée à adopter une

⁵⁰ Comme nous l'avons mentionné antérieurement, ce point litigieux fait présentement l'objet de travaux du *sous-comité sur les modes de financement* (entre le MSSS/Agences et la TRPOCB/CTROCs) dont le mandat est de déterminer le ou les mode(s) de soutien financier s'inscrivant dans la définition du PSOC, en vue d'une harmonisation des pratiques dans le réseau de la santé et des services sociaux.

position plus tranchée par rapport à l'enjeu AC/ACA, position perçue comme plus « puriste » par la TRPOCB et aussi par certains acteurs gouvernementaux. Ainsi, la CTROCs exige que tous les organismes communautaires financés en soutien à la mission globale soient des organismes d'action communautaire autonome tels que définis par les huit critères de la Politique.

Si les divergences de fond demeurent importantes, celles-ci semblent revêtir un caractère davantage stratégique qu'idéologique : dans ses rapports à l'État, la TRPOCB insiste davantage pour faire reconnaître le caractère alternatif des services offerts par ses membres parce que la longue expérience de discussion et de négociation des regroupements provinciaux avec le MSSS les amène à constater que c'est « ce qui est le plus vendeur ». La Coalition des TROCs insiste au contraire pour que l'ensemble des critères de l'ACA soient pris en compte par l'État et respectés par les groupes, y compris « ce qui n'est pas vendable » aux yeux de la TRPOCB, c'est-à-dire la vision de transformation sociale. Pour la TRPOCB, il faut travailler à une démarche auto-identitaire et d'éducation populaire auprès des regroupements et des groupes de base pour faire en sorte que chaque groupe se rapproche le plus possible et le plus rapidement possible des critères en question. Pour la CTROCs, ce même processus doit se réaliser mais avec des groupes déjà reconnus en tant qu'ACA puisque la fidélité à ces critères n'est jamais acquise une fois pour toutes. Bien que les deux acteurs s'entendent pour considérer les huit critères de définition de l'ACA comme étant leur horizon commun, ils usent de stratégies différentes pour les faire reconnaître, les appliquer, les opérationnaliser.

Les deux acteurs communautaires se rejoignent par ailleurs dans la revendication d'un financement de la mission de tous leurs groupes et dans le fait d'exiger que le programme SOC soit exclusivement réservé au financement de la mission. Ainsi, une des demandes du communautaire est que tous les OCSSS soient soumis aux mêmes règles ce qui semble également être une volonté des responsables PSOC au MSSS. Nous avons vu que des travaux sont en cours pour clarifier ces questions et tenter d'en arriver à un consensus.

À qui le rôle de faire la distinction entre AC et ACA ?

La question pourrait sembler manquer de pertinence puisque le MSSS ne fait pas de distinction entre AC et ACA. Dans les faits, au niveau national, le MSSS a décidé unilatéralement de proposer la définition selon lui la plus inclusive, soit celle de l'AC. À moins de résultats autres issus des travaux en cours (sous-comité sur les modes de soutien financier), les OCSSS seront tenus de se conformer à cette décision.

Mais au niveau régional, la situation n'est pas aussi claire comme cela a été démontré ci-haut. L'application de la distinction pouvant avoir des répercussions sur le type de financement auquel un groupe aura accès, la question mérite d'être posée : à qui revient le rôle d'appliquer la distinction et d'ainsi en imposer les conséquences financières? S'agit-il d'une responsabilité propre au milieu communautaire dans le prolongement d'une orientation d'autorégulation ou bien d'une responsabilité du gouvernement dans le cadre de l'application d'une politique gouvernementale? Dans ce contexte, certains représentants de TROC considèrent qu'une telle opération n'est pas de leur ressort mais relève plutôt de la responsabilité des fonctionnaires. Par contre, la TRPOCB adopte la position contraire, avançant que ce processus relève de la responsabilité première du communautaire lui-même. La conséquence immédiate de ces positions est que le choix de distinguer ou non entre AC et ACA, de déterminer si un groupe est un groupe communautaire d'AC ou d'ACA et d'en assurer l'application pratique en termes de « qui reconnaît quoi » sur le terrain demeure entre les mains des fonctionnaires du MSSS et des Agences. Cette situation particulièrement délicate leur confère un pouvoir discrétionnaire important, potentiellement porteur d'un certain « arbitraire ».

En effet, malgré la compétence, l'intégrité et la bonne volonté des professionnels concernés, la multiplication des acteurs appelés à appliquer les critères de distinction AC/ACA laisse place à des interprétations qui peuvent varier d'un acteur à l'autre. Toutefois, ce pouvoir discrétionnaire n'est pas sans déplaire à certaines TROCs qui, souhaitant faire progresser la reconnaissance de l'ACA et compte

tenu de leur bon rapport avec l'Agence, en tirent profit en termes de renforcement de la reconnaissance de l'ACA. D'autres acteurs communautaires insistent pour affirmer qu'il existe des exemples concluants où l'Agence et la TROC ont été en mesure d'appliquer les critères d'ACA sans tomber dans le piège des interprétations indues. Cette situation serait due au fait que les TROC agissent à titre d'interlocuteur privilégié, qu'elles siègent généralement sur un comité bipartite avec l'Agence et qu'elles ont un droit de regard sur l'application des règles établies pour le PSOC.

Mentionnons qu'il existe, dans chaque région, un processus d'accréditation des organismes communautaires de même qu'un processus qui permet d'en appeler de la décision de l'Agence lors d'une insatisfaction quant au statut obtenu. Le fonctionnement de ce processus de traitement des plaintes⁵¹ quant au statut des OCSSS serait un exemple du pouvoir discrétionnaire des Agences. En effet ces processus sont généralement gérés par les Agences sans que les TROC en soient partie prenante. Une seule TROC est devenue membre du comité de traitement des plaintes dans sa région. Ailleurs les TROC ont tenté de baliser le processus avec plus ou moins de résultats probants : ainsi, dans une région la TROC n'est appelée à intervenir que sur dépôt d'une plainte par un groupe qui se croit lésé dans ses droits et qui a averti la TROC du dépôt de sa plainte.

Bref, la distinction AC/ACA est au cœur de l'implantation de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux et il demeure difficile de répondre de façon catégorique aux questions : quelle autonomie le MSSS reconnaît-il ? comment ? et qui doit assumer la responsabilité d'établir les distinctions ? Pour l'instant, la position officielle du MSSS demeure la reconnaissance de l'action communautaire au sens large, une position qualifiée d'inclusive dans l'entente administrative, mais dont le corollaire demeure la non-reconnaissance de l'ACA et de ses huit critères. Pour les responsables gouvernementaux, cette position respecte en tout point la Politique. Il est permis toutefois d'y voir sinon une contradiction du moins un paradoxe par rapport à la Politique qui accorde une place importante à l'ACA et lui attribue un mode de financement spécifique. La situation est d'autant plus paradoxale que le MSSS est le ministère qui compte le plus grand nombre de groupes qui se définissent dans la famille de l'ACA et qui sont financés en appui à mission globale.

2.1.2 Le rattachement à la mission et aux priorités du MSSS dans le cadre de la gestion par programme : conciliation, paradoxe ou contradiction ?

Suivant la Politique, les balises de reconnaissance des OC pour fins de financement de la mission globale « [...] devront essentiellement permettre de démontrer que les activités principales découlant de la mission de l'organisme s'inscrivent de façon significative dans le champ d'activité du ministère ou contribuent à la réalisation de sa mission » (Politique, p. 31). Par conséquent, la façon dont le MSSS conçoit et réalise sa propre mission aura un impact sur les OCSSS qu'il reconnaîtra.

Avec les dernières réformes du système sociosanitaire et en conformité avec les règles d'administration dictées par le Conseil du Trésor, le MSSS s'acquitte de sa mission à travers neuf grands programmes⁵² par lesquels transite l'argent nécessaire à l'atteinte des objectifs, souvent déterminés en termes quantifiables. Les Agences sont chargées de les administrer.

⁵¹ Il s'agit d'un processus faisant généralement partie du Cadre de collaboration entre l'Agence et la TROC et qui permet à un OC non satisfait du statut obtenu d'en appeler de la décision de l'Agence à un comité mandaté à cet effet.

⁵² Ces Programmes- services sont les suivants : Santé physique; Santé mentale; Santé publique; Perte d'autonomie liée au vieillissement; Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement; Déficience physique; Dépendances; Jeunes en difficulté; Services généraux -Activités clinique et d'aide. Ils ont remplacé les Programmes clientèles (Santé physique; Santé mentale; Santé publique; Personnes âgées en perte d'autonomie; Déficience intellectuelle; Déficience physique; Alcoolisme et toxicomanie; Jeunes et leur famille) qui ont existé de 1993-1994 à 2001-2002.

Même si le statut du PSOC est comparable à tous les autres programmes de subvention répertoriés par le SACAIS, il ne figure pas au nombre des neuf grands programmes du MSSS. Le PSOC n'est pas « un vrai programme » pour reprendre l'expression de plusieurs. Certains parlent même du PSOC comme d'une extension des programmes-services. En fait, il s'agit d'un programme sans argent : ni le MSSS ni les Agences n'ont de « coffre PSOC » dans lequel transiterait l'argent des OCSSS venant du Conseil du Trésor. Le PSOC est plutôt un « fonds dédié », c'est-à-dire un mécanisme administratif par lequel des argents décalqués des programmes sont en quelque sorte « entreposés » pour être versés aux OC. Cette pratique administrative oblige les Agences à apparier (administrativement) les organismes communautaires aux programmes les plus compatibles avec leurs missions. Le rattachement à un « port d'attache » est donc doublé pour les OCSSS d'un rattachement à la logique des programmes. Or, une différence substantielle existe entre le fait d'être apparié à un ministère « port d'attache » comme le propose la Politique et celui d'être apparié à un programme précis comme la gouvernance administrative l'impose au sein du MSSS. Cette pratique a un effet structurant sur les organismes communautaires qui en viennent à se concevoir à l'intérieur de ces programmes, ne serait-ce qu'en raison de leurs demandes de financement. Elle induit une forte sectorisation des problématiques. Aux dires de certains acteurs communautaires et aussi gouvernementaux, les OCSSS seraient ainsi amenés « imperceptiblement » à intégrer la façon dont les problématiques sont conçues par le MSSS, au détriment de leur approche globale.

De plus un tel processus, met hors jeu des organismes qui, bien qu'ayant une mission compatible à celle du MSSS, n'ont pas accès à du financement parce qu'ils appartiennent à des catégories qui ne sont pas ciblées par un programme (comme les groupes œuvrant en itinérance ou avec les lesbiennes, gaies, bisexuels et transsexuels (LGBT)). Ce problème est encore plus prononcé dans les régions où nombre d'OC des secteurs LGBT ou itinérance ont du mal à s'implanter à cause de l'absence d'un programme ciblé pour ces problématiques.

Pour certains toutefois, la logique des programmes est bénéfique aux OCSSS : ils en tirent profit en termes de financement et arrivent relativement facilement à s'inscrire dans les priorités gouvernementales sans trop faire de distorsion à leurs mission et pratiques. La situation est d'autant plus plausible que ces orientations et priorités gouvernementales dans certains secteurs ont été élaborées en consultation/collaboration avec les OCSSS de ces secteurs.⁵³

Les groupes communautaires et des représentants PSOC régionaux craignent que le PSOC soit de plus en plus ciblé en fonction des priorités ministérielles ou de celles des Agences. Surgit alors la question de ce qu'il adviendra des groupes qui n'entrent pas dans les catégories priorisées par les orientations ministérielles. Mais plus fondamentalement, plusieurs insistent sur l'incompatibilité ou la contradiction entre la Politique et la gestion par programmes en ce qui a trait au respect de l'autonomie des OCSSS. Cet appariement à la logique des programmes est perçu très majoritairement dans le communautaire et de façon assez importante chez nombre de fonctionnaires comme contraire à la Politique et potentiellement nuisible à l'autonomie des OCSSS puisque celle-ci se trouve encadrée par les programmes-services. Le cadre de référence reconnaît d'ailleurs explicitement cette menace à l'autonomie des OC : « Les atteintes à l'autonomie sont, en principe, plus susceptibles de venir de l'extérieur que de l'organisme lui-même. [...] L'organisme qui veut être considéré comme communautaire doit démontrer qu'il répond à ce critère, mais le maintien de son autonomie ne relève pas que de sa propre volonté. Les ministères et organismes gouvernementaux ont la responsabilité de faire en sorte que cette autonomie soit respectée. Dans cette perspective, ils doivent rester constamment à l'affût des pratiques qui risqueraient de porter atteinte à l'autonomie des organismes communautaires sous les rapports édictés par la Politique. On pense par exemple à des normes de programmes ou à d'autres types d'exigences qui dicteraient ou orienteraient les pratiques ou les approches d'intervention d'un organisme communautaire ou qui constitueraient une forme d'ingérence dans la gestion de ses affaires. »⁵⁴. Nombreux sont ceux qui sont d'avis que, pour protéger l'autonomie

⁵³ On pense en particulier à santé mentale, toxico, itinérance, violence faite aux femmes, sécurité alimentaire avec santé publique, etc.

⁵⁴ Cadre de référence (partie III, p. 14-15)

des OSCCC tel que proposé par la Politique, il faudra créer un cadre de financement dans lequel les Agences pourraient financer les groupes sans tenir compte des programmes.

Au sein du MSSS, les programmes et les priorités gouvernementales sont mis en application par les CSSS à partir des réseaux locaux de services (essentiellement tous les services donnés par l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux du territoire du CSSS). Ces programmes et priorités sont actualisés à travers les projets cliniques (dispositifs administratifs et professionnels de planification de services au sein d'une problématique donnée ou pour une clientèle particulière). Les CSSS subissent des pressions très fortes de la part du MSSS pour atteindre des résultats quantifiables en termes de réponse aux besoins de la population dans chacun des programmes identifiés par le MSSS et selon des priorités aussi établies au niveau central. Il est donc logique, de leur point de vue, d'associer de très près les OCSSS à cette « tâche commune ». Plusieurs décideurs de CSSS ne voient d'ailleurs pas l'intérêt de financer des OCSSS sur une base autonome : ce serait contreproductif, selon eux, compte tenu de l'extrême rareté de l'argent pour financer les services publics et du risque de ne pas atteindre leurs propres objectifs. De ce point de vue, le financement d'un OC n'est justifiable que dans la mesure où il s'inscrit dans l'atteinte des objectifs et priorités du CSSS. Pour l'instant, comme cela a été mentionné déjà, le financement des OCSSS relève des Agences, ce qui est perçu, tant par le communautaire que par nombre de professionnels des Agences, comme une certaine « police d'assurance » contre l'embrigadement des OC dans les priorités gouvernementales. Mais les tendances lourdes au sein du MSSS vont dans le sens d'un plus grand pouvoir des CSSS qui sont souvent dominés par des établissements de santé qui connaissent peu les OCSSS et n'ont presque jamais participé aux rapports partenariaux historiques développés dans ce champ. Plusieurs acteurs communautaires identifient comme danger potentiel, l'intégration des groupes dans les programmes/services autour desquels se structurent le rôle et l'action des CSSS. Ils disent craindre une accentuation des missions qui s'inscriront de plein pied dans les projets cliniques.

Finalement, cette gestion par programmes remet à l'avant-plan des questions fondamentales pour le mouvement communautaire du champ Santé et Services sociaux et pour les administrateurs du MSSS chargés d'appliquer la Politique: dans quelle mesure les OCSSS sont-ils appelés ou fortement invités à se dédier pleinement à des finalités décrétées par le secteur public plutôt qu'à leurs propres missions? Dans quelle mesure les logiques administratives imposent-elles des contraintes au niveau des pratiques faisant en sorte que les groupes sont amenés à travailler en complémentarité avec le secteur public? Dans quelle mesure sont-ils assujettis aux visées gouvernementales même s'ils reçoivent un financement en soutien de leur mission? Comment respecter la Politique qui donne une nette priorité à l'ACA et au financement de la mission propre des groupes tout en les amarrant aux programmes et priorités ministériels? Est-ce que le PSOC ne doit pas, dans cette optique, être un programme au même titre que les autres programmes du MSSS et avoir ses propres finalités, dont celle du respect de la mission des OCSSS, non assujetti à la planification étatique ?

2.2 La réforme de la santé et des services sociaux : impact controversé sur l'implantation de la PRSAC

La section précédente a permis d'indiquer la nature et l'ampleur des réformes successives qui ont structuré le champ Santé et Services sociaux. Elle a permis de constater, par ailleurs, que ces réformes, y compris la lame de fond de la régionalisation établie dès 1994, n'avaient pas substantiellement altéré le PSOC. Les balises de reconnaissance et le mode de financement principal par mission sont restés les mêmes⁵⁵. On peut avancer l'hypothèse qu'il en a été ainsi à cause de la pression constante, jamais démentie et toujours soutenue des organismes communautaires (comités de travail, pression, mobilisation face aux gouvernements successifs du PQ et du PLQ). On peut aussi créditer le travail de plusieurs professionnels chargés de gérer le PSOC et dont la vision en faisait des

⁵⁵ Cet élément est traité plus en détails à la section 3.4.

« alliés » des organismes communautaires quant au type de relations que l'État devait entretenir avec ces organismes (respect de leur autonomie, refus de l'instrumentalisation, etc.). Au sein même de l'appareil gouvernemental en effet, plusieurs fonctionnaires du Service de soutien aux organismes communautaires se sont employés à alerter le gouvernement sur les risques de ne concevoir les organismes communautaires que comme des « compléments obligés » du réseau public.

Si le principal programme de reconnaissance et de financement des OCSSS n'a pas été touché par les réformes successives du système sociosanitaire, comment alors parler de leur impact - en particulier celui de la dernière réforme - sur l'implantation de la Politique ? La réforme Couillard a eu un impact structurant sur les organismes communautaires en les intégrant officiellement et même légalement dans la nouvelle architecture du réseau SSS. Le chapitre précédent a permis de constater que parce qu'elle préconise une gestion par programmes, cette réforme a un impact direct sur l'autonomie des OCSSS. Enfin, le chapitre suivant fera la démonstration que la restructuration des niveaux de gouvernance, notamment par l'importance accordée au palier local, force une réorganisation des instances de représentation des OCSSS.

En fait, il apparaît que pour les principaux acteurs du champ, gouvernementaux comme communautaires, la réforme représente à la fois une opportunité et une contrainte. Mais plusieurs acteurs communautaires insistent davantage sur son aspect contraignant. Un constat assez généralisé se dégage en effet des entrevues avec les acteurs communautaires : la réforme apparaît comme un « rouleau compresseur » vis-à-vis une Politique à première vue incapable de protéger les groupes contre cet envahissement. La certitude d'être financés en appui à la mission globale n'enlève pas la crainte de certains de l'être pour une « mission spécifique », c'est-à-dire pour une mission rattachée spécifiquement à un programme.

Malgré l'existence d'un cadre de collaboration négocié entre les instances locales et les CSSS⁵⁶, des responsables gouvernementaux admettent que, dans la réalité, la situation sur le terrain peut différer de l'écrit. Selon eux, ceci ne s'explique pas par la mauvaise volonté des CSSS, mais plutôt par la méconnaissance du communautaire et de la Politique par certains directeurs généraux, une situation qui peut se régler avec davantage d'information sur la Politique et le cadre de collaboration. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'une très grande majorité de répondants communautaires ont une perception très négative de la réforme Couillard, une position qui s'apparente à la critique très sévère des OCSSS face à la réforme Côté⁵⁷ dont ils perçoivent la continuité en termes de volonté d'instrumentalisation de l'action communautaire malgré le discours pro-autonomie des responsables politiques.

Plus encore, selon de nombreux acteurs, tant gouvernementaux que communautaires, la réforme de la santé et des services sociaux irait même à l'encontre de la Politique. La dynamique des nouvelles structures Agences/CSSS, l'approche partenariale perçue comme « obligée » et traduite dans tout le secteur public par la mise en place de réseaux locaux de services et de projets cliniques, l'importance accordée à la « culture contractuelle », l'approche populationnelle généralisée qui vise l'obtention de résultats quantifiables et qui commande un financement par grands programmes, bref toutes ces modifications majeures d'orientations et de structures rendraient l'implantation de la Politique - de son esprit et de ses dispositifs - extrêmement difficile sinon impossible ou alors ce serait au prix de concessions importantes de la part des organismes communautaires ou du gouvernement.

Mais tous ne sont pas aussi critiques et cela amène à considérer la réforme comme ayant des effets paradoxaux sur l'implantation de la Politique. Pour quelques acteurs gouvernementaux au contraire, la

⁵⁶ MSSS (2004) Les organismes communautaires. Les ententes à convenir avec les instances locales et MSSS (2006) Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services. Voir la section sur le déroulement de la Politique.

⁵⁷ DAVID, F. et coll. (1991) La réforme Lavoie-Roux/Côté : entre la vertu et la pratique... tout un océan d'incertitudes : document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux. L'R des centres de femmes du Québec; Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 46 pages, <http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/2005_05_0528.pdf>.

réforme est perçue comme une « opportunité » en ce qu'elle permettrait une meilleure compréhension mutuelle entre les établissements du réseau SSS et les OCSSS et ouvrirait à des collaborations fructueuses et éventuellement à du financement pour les OCSSS. On cite, à l'appui de cette perception, l'exemple du forum tenu dans une région qui a permis au réseau et aux OCSSS de se parler. L'un des résultats concrets a été le financement conjoint Agence/CSSS des concertations locales d'OCSSS, c'est-à-dire les regroupements d'organismes communautaires (ROC) regroupés par municipalité régionale de comté (MRC). Ce résultat bien tangible serait la preuve d'une prise de conscience grandissante par les CSSS de leurs responsabilités envers les OCSSS de leur territoire.

La plupart des responsables du PSOC dans les Agences soulignent que les directeurs généraux de CSSS et, à certains endroits, des directeurs d'établissement, ont participé à l'élaboration des cadres de référence en concertation avec les représentants des TROCs. On insiste sur l'importance de leur sensibilisation aux OCSSS d'où, dans certaines Agences, l'organisation d'une tournée d'information des CSSS réalisée conjointement par l'Agence et la TROC. D'autres exemples et initiatives iraient également dans ce sens. Certains acteurs communautaires ont fait valoir l'approche « séductrice » de certaines Agences incitant les OCSSS à participer aux projets cliniques en vantant leur expertise, l'importance de travailler ensemble à des objectifs communs, etc. Cette approche proactive rendrait plus difficile le travail des TROC, plus réfractaires à la participation des OCSSS aux projets cliniques.

Il n'en demeure pas moins que les tentatives d'harmoniser la réforme en Santé et Services sociaux avec une Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire se heurtent à un certain nombre d'irritants qui constituent autant de défis pour les acteurs concernés :

La régionalisation et la localisation inscrite dans la réforme : jusqu'à quel point est-il possible d'harmoniser les pratiques au sein d'un ministère régionalisé et même localisé où les instances régionales sont autonomes et où les instances locales aspirent également à l'autonomie? Plusieurs OC expriment leur crainte que la Politique, son esprit, sa philosophie ne se traduisent pas au niveau des Agences et encore moins des CSSS;

Le conflit d'appropriation de deux processus majeurs devant être appliqués en même temps. L'implantation de la Politique suppose une appropriation rigoureuse par les acteurs gouvernementaux de la philosophie de la Politique, du Cadre de référence et du Plan d'action gouvernemental. Il en est de même de toutes les orientations de la réforme en SSS. Il est inévitable que cette appropriation soit inégale selon les acteurs et les dynamiques régionales. Plus on multiplie les acteurs et les niveaux de responsabilité face à l'implantation de la Politique, plus les risques sont grands que tous ne possèdent pas le même niveau de connaissance, de compétence, de compréhension et d'intérêt par rapport aux OC et à « leur » Politique.

Cependant, quand une Politique d'envergure s'implante en même temps qu'une réforme aussi majeure que celle du système sociosanitaire, les risques de collision sont renforcés et, dans le cas échéant, au détriment de la Politique. En effet, nombre d'acteurs gouvernementaux vivent une forme de « conflit de loyauté », coincés entre l'application obligatoire et impérative de la réforme et la mise en application d'une Politique somme toute non prescriptive.

La réforme pose également la question d'une double contradiction entre les responsabilités de l'Agence et des CSSS envers la population en termes d'offre de services de qualité et des rôles de protecteur de l'autonomie et de bailleur de fonds de l'Agence envers les groupes communautaires.

Bref, malgré une certaine volonté d'harmoniser Politique et réforme du système socio-sanitaire, il semble bien que la réforme pousse dans une direction opposée à celle de la Politique.

2.3 Représentation et concertation : complexité accrue ?

La Politique invite le milieu communautaire à développer avec l'État des « relations fondées sur la confiance, la transparence et le respect mutuel ». Elle précise même les conditions de développement de ces relations partenariales soit « être libres et volontaires, amorcées sur une base ponctuelle et pour des projets précis, dans la reconnaissance de l'expertise de chacune des parties ». Elle affirme la volonté du gouvernement « d'associer le milieu communautaire aux grands forums et aux débats publics qui orientent les destinées du Québec ». Cette invitation reflète une des formes de reconnaissance qu'accorde le gouvernement aux organismes communautaires et plus précisément à leurs instances de représentation. En effet, la Politique reconnaît l'apport des regroupements d'organismes communautaires. Elle estime « qu'ils ont un rôle stratégique à jouer dans la représentation politique de leurs membres et comme porte-parole dans divers lieux d'influence » et qu'il est important « de réserver à cette catégorie d'organismes des dispositifs de financement appropriés »⁵⁸.

Le MSSS et ses instances régionales souscrivent largement à ces principes depuis plusieurs décennies en accordant aux instances de représentation des 3000 OCSSS, les regroupements provinciaux, la Table des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB), la Coalition des TROCs et certaines tables sectorielles régionales, une reconnaissance politique et un soutien financier de la mission.

L'implantation de la Politique a-t-elle modifié les rapports au sein même des instances de représentation des OCSSS et aussi dans leurs rapports à l'État ? Dans quelle mesure l'action conjuguée de l'implantation de la Politique et de la réforme sociosanitaire pose-t-elle de nouveaux défis en termes de représentation et de concertation à la fois pour les acteurs communautaires et gouvernementaux ?

2.3.1 La représentation : un processus historique autonome

Les instances de représentation sont chargées par leurs membres de représenter leurs orientations et leurs intérêts auprès du MSSS et du gouvernement en termes de reconnaissance de leur autonomie et de leur financement. Mais elles sont également chargées de rendre visibles, dans l'espace public, des positions critiques face aux orientations gouvernementales concernant les politiques et les programmes qui touchent la population et de proposer de nouvelles orientations de même que des pratiques alternatives et/ou complémentaires à celles du réseau public. Les interlocuteurs gouvernementaux du champ SSS reconnaissent volontiers que les regroupements jouent ce rôle même si certaines stratégies utilisées (sorties médiatiques, manifestations, actions directes, campagnes de fax, de téléphones, etc.) ne plaisent pas toujours aux décideurs politiques, plus enclins à privilégier des stratégies partenariales moins conflictuelles.

Historiquement, les divers regroupements provinciaux sectoriels avaient l'habitude de travailler en « silo » sans communication ni coordination entre eux⁵⁹. Chacun menait ses propres batailles pour faire augmenter le financement de ses membres, usant de différentes stratégies politiques selon la conjoncture sociopolitique du moment. La régionalisation du réseau sociosanitaire a provoqué une transformation/adaptation de ces structures de représentation tout comme le processus de « localisation » autour des CSSS provoque l'émergence progressive de structures locales. Regroupements sectoriels et regroupements intersectoriels se trouvent maintenant à devoir agir de concert au niveau de la représentation.

Compte tenu à la fois du très grand nombre d'OCSSS dans ce champ, de la diversité des problématiques et des populations avec lesquelles ils travaillent et des niveaux de gouvernance (national, régional,

⁵⁸ PRSAC, p. 16, 24-25, 29-30.

⁵⁹ Cette situation connaissait quelques exceptions dans certains secteurs ou lors d'une conjoncture particulière. Par exemple, le mouvement des femmes avait depuis longtemps développé sa capacité de travail collectif.

local) qui ont été souvent modifiés suite aux réformes successives du réseau sociosanitaire, les instances représentatives des OCSSS sont elles aussi nombreuses, diversifiées. Parce qu'elles font face à des situations complexes et à des structures en perpétuel changement, elles en arrivent souvent à vivre elles-mêmes «dans la complexité».

Souvent, ces instances de représentation se chevauchent les unes les autres avec les risques d'incohérence que cela implique pour les groupes locaux. En effet, un groupe communautaire local peut être membre de son regroupement provincial, de sa TROC et parfois même d'une CDC ou d'une coalition locale (par exemple une Table d'organismes communautaires (TOC) impliquée face au CSSS). Il peut aussi appartenir à une table sectorielle dans sa région (Table des groupes de femmes, Table des ressources communautaires en santé mentale, etc.). Ses multiples appartenances font en sorte que les groupes locaux se retrouvent souvent au centre de situations conflictuelles complexes créées par les positions parfois divergentes des instances auxquelles elles appartiennent.

Les instances de représentation développent des points de vue qui peuvent diverger parce qu'elles ne possèdent pas toutes le même ancrage : entre les grands regroupements provinciaux sectoriels (p. ex., les centres de femmes, les maisons de jeunes, etc.) et les regroupements intersectoriels (aux plans national TRPOCB et régional TROC et CDC, par exemple) dont les points de vue peuvent diverger grandement. Si toutes les instances de représentation interagissent entre elles, se concertent, s'opposent, tentent d'en arriver à des positions les plus consensuelles possibles, il n'en demeure pas moins que cette diversité dans la représentation a un impact certain sur la mise en œuvre de la Politique :

- Les regroupements provinciaux ne se positionnent pas tous de la même façon quant à la régionalisation. Plusieurs maintiennent une attitude fort critique face à cette réalité contrairement aux TROC inscrites de plein pied dans ce processus. Ces orientations divergentes font en sorte que des regroupements provinciaux auront tendance à vouloir négocier directement avec le MSSS et à secondariser les Agences alors que ce sera l'inverse pour les TROC;
- Regroupements provinciaux et TROC n'ont pas nécessairement la même perception ou interprétation de la pertinence des transferts. Par exemple, certaines TROC se sont vivement opposées au transfert des organismes Famille vers le Ministère de la Famille provoquant un conflit de loyauté chez certains organismes Famille face à leur regroupement provincial, favorable au transfert;
- Certains regroupements provinciaux n'ont pas la même conception des stratégies de rehaussement du financement de leurs membres que celles des TROC. De même les TROC divergent entre elles quant à ces stratégies de mobilisation face au MSSS ou aux Agences : certaines privilégient la mobilisation, d'autres le dialogue, d'autres encore un « mélange » des deux;
- Toutes les instances ne partagent pas non plus la même orientation en matière d'harmonisation du PSOC avec la Politique ou sur les exigences de reddition de comptes;
- Toutes les TROCs ne négocient pas nécessairement les mêmes cadres de collaboration régionaux avec leur Agence;
- Les membres des regroupements (provinciaux ou régionaux), c'est-à-dire les groupes locaux, possèdent aussi leur propre autonomie, ce qui les amène parfois à adopter des positions « non conformes à l'orientation générale ». Ainsi des OCSSS participent à des projets cliniques avec des CSSS ou d'autres signent des contrats de service avec des institutions pendant que les instances représentant ces OCSSS luttent à d'autres niveaux contre l'intégration des OCSSS aux projets cliniques et contre les ententes de service;

- Toutes les instances de représentation n'ont pas les mêmes positions quant aux diverses stratégies de confrontation/concertation/mobilisation face au MSSS et aux Agences;
- Enfin, tous les regroupements -en particulier les regroupements provinciaux- n'ont pas accordé la même importance à la Politique dans leur travail d'information et de formation auprès de leurs membres : il en est résulté un niveau très variable d'appropriation de la Politique par les groupes locaux.

L'implantation de la Politique dans un champ où agissent plus de 3000 OCSSS pose donc des défis particuliers de cohérence et de solidarité. Si plusieurs acteurs communautaires admettent volontiers les tensions et même les dissensions entre les OCSSS, ils insistent pour souligner leur volonté et leur capacité d'en arriver à des positions communes.

Cette diversification des instances de représentation au sein des organismes communautaires ne va pas sans heurts ni sans provoquer des tensions et des « conflits de loyauté ». Elle vient mettre à rude épreuve les enjeux liés à la solidarité entre organismes appartenant à des secteurs différents et aussi entre organismes appartenant à des « classes sociales » différentes : les *riches*, les *pauvres* et les *moyens*, ces catégories étant par ailleurs fort relatives au sein de groupes qui se perçoivent en général comme sous-financés. De plus, la diversification des instances induit des processus de consultation complexes au sein même du milieu communautaire, toujours très attaché au caractère démocratique des prises de position. Forcément très lents, ces processus de consultation font en sorte que le travail de négociation/concertation au niveau national ou régional évolue souvent moins rapidement que les situations sur le terrain.

Il faut enfin ajouter que le secteur « Santé et Services sociaux » participe très activement au Réseau québécois de l'action communautaire autonome- interlocuteur privilégié du gouvernement quant à la mise en œuvre de la Politique. Il s'agit d'un autre lieu d'interaction avec l'ensemble des OC d'action communautaire autonome du Québec qui pose également des enjeux de cohérence et de solidarité.

2.3.2 La concertation : un processus complexe

La Politique affirme la volonté gouvernementale de travailler de concert avec le milieu communautaire dans des lieux reconnus de concertation. Le MSSS souscrit aussi à ce principe depuis de nombreuses années, possédant une feuille de route impressionnante de comités de travail conjoints et attestant d'une pratique partenariale qui ne se dément pas. Certes les pressions et la mobilisation des regroupements d'OCSSS de même qu'une ouverture certaine de nombreux professionnels du MSSS ont aidé à nourrir cette pratique et continuent de le faire.

Une position critique face à la concertation

Cette longue fréquentation des OCSSS avec le MSSS les a par ailleurs amenés à adopter une position très critique face aux visées du ministère qualifiées « d'instrumentalisation » par une grande majorité de groupes communautaires.

Déjà, dans la foulée de la réforme des années 1990 qui appelait les différents « partenaires » à travailler conjointement à l'atteinte d'objectifs de santé et de bien-être, les organismes communautaires avaient signifié à maintes reprises leurs préoccupations face à un partenariat conçu uniquement dans une optique de complémentarité avec le réseau public. La réforme, affirmaient les OCSSS, dans le document d'évaluation adopté par le MSSS au terme d'un travail conjoint TRPOCB-TROC-MSSS-Régies régionales, « comporte ce paradoxe; d'une part, de reconnaître l'autonomie fondamentale des organismes communautaires et, d'autre part, de vouloir les amarrer solidement au réseau à travers une complémentarité obligée à multiples visages : sous-traitance, bénévolat obligatoire, subsidiarité à

rabais, intégration au moyen de la notion de contrats de services, etc. » (Gouvernement du Québec, 1997, p.10).

Alors que la majorité des organismes communautaires du champ SSS se définissent comme appartenant à un mouvement social autonome d'intérêt public, ce rôle est demeuré objet d'interprétations diverses au sein de l'appareil gouvernemental et ce, depuis au moins deux décennies⁶⁰. Les débats ayant entouré l'adoption de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux et ceux entourant aujourd'hui sa mise en œuvre plongent leurs racines dans ces interprétations diversifiées du rôle des organismes communautaires au sein de la société québécoise.

Une concertation mitigée face aux grandes orientations du système sociosanitaire

Les instances de représentation des OCSSS devraient, selon la Politique, participer dans des lieux de concertation à la définition des grandes orientations du système sociosanitaire et à la planification des services. Or, au niveau central, les structures partenariales existantes ne permettent pas aux instances intersectorielles représentatives du communautaire de participer aux débats entourant l'élaboration des grandes orientations et priorités du système sociosanitaire parce que elles n'en ont pas le mandat. La participation des OCSSS à ces orientations doit donc passer par la présentation de mémoires lors de commissions spéciales ou lors des audiences publiques de la commission parlementaire des affaires sociales, comme pour tous les autres acteurs de la société. On perçoit chez certains représentants communautaires un sentiment d'impuissance et d'exclusion des lieux de décision quant aux grandes orientations du système, perception d'autant plus accentuée que la réforme a été imposée par décret.

Par ailleurs, les regroupements provinciaux participent, chacun dans leur champ respectif - certains de façon très proactive - à la détermination des grandes priorités gouvernementales face à des problématiques spécifiques. Les différentes directions du MSSS concernées par ces problématiques semblent reconnaître l'expertise développée par ces regroupements en termes d'analyse des besoins, de conception des problématiques et de développement de pratiques novatrices.

Au niveau régional, depuis le début des années 1990, les représentants des OCSSS s'étaient vus réserver une place importante dans les conseils d'administration des Régies régionales alors chargées d'orienter et de gérer l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Les OCSSS avaient collectivement accepté de relever le défi de ce partenariat en élisant leurs représentants et en participant activement à tous les débats et même aux décisions relatives aux questions soulevées. Si le bilan de ce partenariat demeure mitigé⁶¹, les structures régionales permettaient alors aux OCSSS d'agir en tant qu'acteur collectif parmi les autres acteurs collectifs (institutions, gestionnaires, etc.) et d'influencer les orientations du système.

Malgré l'adoption de la Politique qui va dans ce même sens, il n'en est plus ainsi dans le champ SSS. La place des OCSSS dans les conseils d'administration des nouvelles structures régionales issues des réformes les plus récentes a pratiquement été éliminée. Les Agences elles-mêmes, ne sont plus aussi « décisionnelles » que ne l'étaient les Régies qu'elles ont remplacées. La majorité des OCSSS ne considèrent d'ailleurs plus les conseils d'administration des Agences comme des lieux de partenariat.

⁶⁰ On en prendra pour exemple le mémoire déposé par des professionnels du PSOC lors des audiences de la Commission Rochon (Service de soutien aux organismes communautaires (1986) *Les organismes communautaires : réflexions sur les enjeux actuels et à venir*. Mémoire présenté par le personnel du SSOC lors des audiences de la Commission Rochon).

⁶¹ LAMOUREUX, J. (1994) *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal. Les éditions Albert Saint-Martin. PROULX, J. (1995) *Les épreuves et les défis du partenariat : bilan de la participation des organismes communautaires à la réforme de la santé et des services sociaux*. Table des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (secteur de la santé et des services sociaux).

Une concertation controversée au niveau local

Les projets cliniques développés au niveau local par les CSSS pourraient désormais être appelés à devenir les nouveaux lieux de partenariat pour influencer les problématiques dans le cadre des grands programmes-services du MSSS. Or, ces lieux sont perçus de manières très différentes par les acteurs gouvernementaux et les acteurs communautaires. Côté communautaire, les positions varient énormément par rapport aux projets cliniques et ce, en fonction des régions, des territoires de CSSS et des secteurs. Certains groupes se méfient grandement des projets cliniques d'autant plus que ces projets sont associés aux ententes de service, un mode de financement perçu comme contraire à la reconnaissance de l'autonomie des OCSSS. Ainsi, les regroupements nationaux des groupes communautaires Jeunesse et le Regroupement des Centres de femmes ont mené campagne demandant à leurs membres de s'engager officiellement à ne pas signer d'ententes de service. Pour leur part, certaines TROCs tentent de décourager leurs groupes de faire partie des projets cliniques. Plusieurs semblent par ailleurs y participer de façon « obligée », comme s'ils n'avaient pas le choix devant une « offre qui ne peut être refusée ». D'autres, au contraire, s'impliquent dans les projets cliniques - notamment le secteur santé mentale - et dans des ententes contractuelles sans considérer que cette pratique nuit à leur autonomie. Certains voient même dans cette nouvelle forme de partenariat, la reconnaissance tant recherchée.

Côté acteurs gouvernementaux, pour plusieurs, la réticence des OCSSS à s'impliquer dans le partenariat des projets cliniques est difficilement compréhensible, puisque, de leur point de vue, les projets cliniques vont bien au-delà de la question financière. Les OCSSS devraient saisir cette opportunité avec empressement puisqu'ils sont parmi les mieux placés pour connaître les besoins du milieu et peuvent se valoriser par leur participation.

Il convient toutefois de souligner que les modalités de ce partenariat local à travers les projets cliniques ne sont qu'embryonnaires. De nombreuses questions demeurent, entre autres quant à la représentation des OCSSS dans ces lieux de concertation. Certains CSSS, par exemple, ne reconnaissent pas l'instance de représentation locale (parfois une Table d'organismes communautaires (TOC)) et préfèrent choisir eux-mêmes les OC du milieu communautaire avec lesquels ils entendent travailler. Ainsi, les OCSSS font face à des dynamiques très différentes d'un CSSS à l'autre, y compris au sein d'une même région: certains CSSS s'engagent avec les OC de leur choix d'une manière qualifiée d'arbitraire selon certains acteurs communautaires alors que d'autres CSSS acceptent de discuter collectivement avec des représentants des OCSSS du territoire. Cette situation divise quelque peu les acteurs communautaires; certains préférant tirer profit de la situation, d'autres, à l'inverse, la dénoncer. Par ailleurs, si ces lieux peuvent être considérés comme des lieux potentiels de partenariat, les craintes demeurent très grandes chez de nombreux acteurs communautaires qu'il s'agisse là d'un partenariat instrumental ne faisant que prolonger la gestion par programmes, l'appariement des OCSSS aux priorités gouvernementales et leur éloignement de leur mission propre et de leur autonomie.

2.3.3 Conclusion

Au final, les lieux de concertation existent entre le MSSS et les acteurs communautaires de même que la volonté politique de les faire fonctionner. On constate l'existence d'un véritable partenariat de nature conflictuelle qui s'exerce à travers le *Comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en santé et services sociaux* réunissant acteurs gouvernementaux et acteurs communautaires (MSSS/Agences - TRPOCB/CTROCs) et tous les comités de concertation (entre Agence et TROC (parfois tables sectorielles) mis en place dans chaque région. Toutes les questions, sans exception, relatives à l'implantation de la PRSAC y sont abordées et deviennent objets de discussion/ négociation/ confrontation/ consensus.

Les opinions et les perceptions peuvent varier d'un acteur à l'autre et d'une région à l'autre : les conflits peuvent devenir parfois très vifs et les polarisations se manifester avec fracas ou au contraire, le climat peut être au « beau fixe » et les progrès se faire sentir rapidement, les consensus

s'accumuler, le jeu des stratégies se maintenir de façon permanente. Il semble cependant, dans l'esprit de tous, que ces lieux constituent des mécanismes incontournables de l'exercice d'un partenariat où les OCSSS et leurs instances de représentation sont reconnus comme de véritables acteurs sociaux.

De façon générale, l'implantation combinée de la Politique et de la réforme socio-sanitaire, l'accumulation de questions controversées et le nombre considérable d'OCSSS rend extrêmement complexe la question de la représentation et de la concertation. Paradoxalement, ces trois réalités rendent la concertation encore plus nécessaire et exigeante tant pour les acteurs gouvernementaux que communautaires. À ce titre, les pratiques de représentation/concertation développées par le MSSS et les instances des OCSSS peuvent être considérées comme des acquis précieux, reconnus et promus par la Politique.

2.4 Le financement des OCSSS : des acquis, des avancées et des dérives

Le financement des OCSSS constitue un enjeu de taille tant pour les acteurs communautaires que gouvernementaux. Ce n'est pas un enjeu nouveau, mais l'existence d'une Politique gouvernementale depuis 2001 confère à cette question de nouvelles dimensions. En effet, non seulement la hauteur du financement et son développement sont en jeu, mais les mécanismes et les modes de financement (de même que les processus de reddition de comptes) sont objets de litige entre les acteurs concernés.

La présente section vise d'abord à présenter un bref aperçu du principal programme de financement des OCSSS du MSSS, soit le PSOC, et à en dégager les grandes tendances. Nous analyserons les modifications que ce programme a subies suite à la mise en œuvre de la Politique. Nous présenterons ensuite et discuterons de l'influence de la sectorisation des problématiques sociales au sein du MSSS sur l'octroi et les modalités de financement, notamment en termes d'ouverture aux ententes de service. Finalement, nous exposerons différentes stratégies utilisées tant par les acteurs communautaires que gouvernementaux pour rehausser le financement des OCSSS. Mais d'abord, il faut tenir compte des difficultés que pose la volonté de dresser un portrait financier des OCSSS.

2.4.1 La difficulté à dresser un portrait financier des OCSSS

D'un point de vue évaluatif, il existe un intérêt certain à vouloir tracer un portrait exhaustif de la situation financière des OCSSS. Mais il est relativement difficile d'y arriver et ce malgré l'existence au sein du MSSS d'un système informatique permettant de compiler toutes les subventions qui transitent par le PSOC⁶². L'ampleur du champ, la régionalisation des mécanismes de financement, les façons différentes de comptabiliser les données (différentes selon le SACAIS, le MSSS ou les Agences) constituent les principales embûches. Par ailleurs, le MSSS et les Agences se sont déjà engagés sur la voie d'une transparence accrue de leur action en matière de soutien financier aux organismes communautaires. En effet, des travaux seraient toutefois en cours quant à la catégorisation des organismes communautaires afin que toutes les Agences inscrivent les mêmes types d'organismes dans les mêmes catégories de façon à permettre une plus grande homogénéisation des données puisque pour l'instant, elles ne semblent soumises à aucune homogénéisation dans leur présentation⁶³.

⁶² Le système budgétaire des finances du réseau (SBFR). En fait, bien qu'il soit possible d'obtenir un certain nombre de données quant au financement des OCSSS, il n'est pas possible d'effectuer des comparaisons (entre organismes, catégories d'organismes ou régions) nécessaires à une compréhension approfondie.

⁶³ Ainsi quelques Agences présentent leurs données selon les trois modes de financement prévus dans la Politique (mission globale, ententes de service, projets); d'autres, selon les catégories : « promotion et services à la

La source des données représente un autre élément important de dissonance entre les données financières. Les données des rapports annuels des Agences et du MSSS de même que celles affichées sur leurs sites Internet diffèrent, parfois entre elles, mais également de celles du SACAIS (notamment parce que le SACAIS exclut des montants du MSSS et des Agences, les subventions octroyées à des organismes qu'il ne considère pas comme étant communautaires) ou encore de celles du rapport Synopsis (2002)⁶⁴. Dans ce dernier cas, il semble que ce soit la méthode de cueillette de données qui ait différé de celle du SACA. Il est ainsi impossible d'utiliser des données provenant de sources différentes à des fins comparatives.

Il est aussi relativement complexe de savoir exactement de quoi ces données tiennent compte, chaque source comptabilisant certaines particularités : le financement octroyé dans le cadre du PSOC ou le financement total versé au communautaire par les différentes instances gouvernementales (via les programmes); le financement versé ou le financement accordé (le financement accordé s'échelonnant parfois sur plus d'une année, les montants étant parfois accordés une année et versés l'année suivante), etc. De surcroît, certaines sources incluent les montants octroyés par le MSSS et les Agences alors que d'autres les fournissent de manière séparée; les additionner ne donne pas pour autant le montant total. De plus, les enveloppes pré-allouées par le niveau central, qui sont le plus souvent des ententes conclues avec des regroupements sectoriels bénéficiant à leurs groupes locaux membres, rendent difficilement comparables les proportions des sommes allouées régionalement selon les trois modes de financement puisqu'elles ne figurent pas dans les rapports annuels des Agences⁶⁵.

Le MSSS disposerait des systèmes informatiques nécessaires pour rendre compte des sommes investies dans les OCSSS : il en a d'ailleurs la responsabilité envers l'Assemblée nationale. Mais les obstacles mentionnés plus haut illustrent ses difficultés à rendre complètement transparente l'action gouvernementale en matière de soutien financier aux organismes communautaires, exigence à laquelle est soumise chacune des instances gouvernementales par la Politique⁶⁶.

Tout cela fait en sorte que certaines hypothèses émises par des acteurs clés du champ SSS interrogés dans le cadre de cette recherche - à savoir une tendance accrue vers le financement par ententes de service au détriment du financement en soutien à la mission globale dans certains secteurs - sont impossibles à confirmer ou à infirmer en raison des difficultés exposées. Il n'en demeure pas moins qu'il est possible de dresser un portrait sommaire du financement des OCSSS au moyen de données provenant principalement du SACAIS⁶⁷.

communauté / maintien à domicile »; d'autres encore selon un certain nombre de secteurs d'activités, ces derniers variant de surcroît d'une Agence à l'autre.

⁶⁴ SYNOPSIS, (2002) Portrait des interactions des Régies régionales et du MSSS avec les organismes communautaires. Synthèse des cadres de référence et des pratiques. Conseil en gestion Inc. Version finale, 18 février 2002, 81 Pages. Ce rapport a été commandé à la firme de consultants par le MSSS.

⁶⁵ Au niveau régional, la dynamique serait quelque peu différente, les TROC réussissant à avoir accès à un portrait clair de la situation selon le type de relations établies avec l'Agence.

⁶⁶ Un des objectifs de la Politique consiste pour le gouvernement à « établir avec les organismes communautaires une interaction fondée sur la confiance, le respect mutuel et la transparence » (Politique p.16 et 24). Le cadre de référence (2004, p.18) précise que: « De plus, deux mesures majeures sont déjà appliquées pour répondre à l'engagement gouvernemental de rendre transparente l'ensemble de l'intervention gouvernementale relative à l'action communautaire. Ces deux mesures sont l'*État de situation de l'intervention gouvernementale en matière d'action communautaire* et le *Portrait annuel des organismes communautaires soutenus par le gouvernement du Québec*. ».

⁶⁷ Ces données sont transmises avec un certain nombre de précisions justifiant les écarts entre les données du SACA et celles que l'on retrouve dans les publications officielles des autres instances gouvernementales.

2.4.2 Le PSOC : principal programme de financement des OCSSS

Le PSOC est le plus ancien des programmes de financement d'organismes communautaires au Québec. Créé en 1973, son budget n'a cessé de croître pour atteindre en 2005-2006 la somme de 350 millions de dollars consacré au financement de plus de 3000 organismes communautaires⁶⁸.

Mais d'où vient l'argent des subventions octroyées aux OCSSS ? Par quels couloirs transite-t-il ? Le PSOC est-il le programme par lequel le MSSS et les Agences accordent la plus grande partie de leur financement aux OCSSS ? La réponse à ces questions est d'autant plus importante que plusieurs acteurs, tant communautaires que gouvernementaux, considèrent le PSOC comme un garant du rôle, de la place et du statut des OCSSS dans le champ sociosanitaire.

La seule donnée disponible permettant de savoir si la plus grande partie du financement octroyé aux organismes communautaires par le MSSS et les Agences transite par le PSOC provient, à notre connaissance, du rapport Synopsis⁶⁹ et concerne l'année 2000-2001 (voir tableau 1). Pour cette année, le rapport permet de constater que :

- 83% des sommes totales allouées aux organismes communautaires ont été versées via le PSOC;
- les 17% restant ont été versés « hors PSOC » à travers : des « Fonds affectés » (10 175 267\$); un budget particulier lié aux « Priorités santé et bien-être » (8 528 292\$); des budgets de « Programmes divers » (15 320 558\$) ou d'« autres budgets » (8 752 055\$)⁷⁰.

Le PSOC représente donc, et de loin, la principale source de financement des OCSSS.

Tableau 1: Proportion du financement octroyé via le PSOC et hors -PSOC sur le financement total - 2000-2001⁷¹

	PSOC	Hors -PSOC
Mission globale	170 028 118\$ (83%)	5 023 978\$ (11.7%)
Financement spécifique	34 715 865\$ (17%)	37 752 194\$ (88.3%)
Total	204 743 983\$ (100%)	42 776 172\$ (100%)
TOTAL (PSOC et hors -PSOC)	247 520 155 (100%)	
<u>Proportion Total</u>	82.7%	17.3%

Source : SYNOPSIS, (2002) Portrait des interactions des Régies régionales et du MSSS avec les organismes communautaires. Synthèse des cadres de référence et des pratiques. Conseil en gestion Inc., Tableau 8, p.30.⁷²

⁶⁸ Le financement total du MSSS (y compris les subventions octroyées par les Agences) pour l'année 2005-2006 est de 352 566 960\$ (3146 OC). Se référer à l'annexe V *Évolution du soutien financier du MSSS* pour les données des années antérieures.

⁶⁹ SYNOPSIS (2002) *Portrait des interactions des Régies régionales et du MSSS avec les organismes communautaires. Synthèse des cadres de référence et des pratiques*. Conseil en gestion Inc. Version finale, 18 février 2002, p. 30.

⁷⁰ Nous ne sommes pas en mesure de préciser ce que signifient ces catégories.

⁷¹ Il nous a été impossible de trouver une définition précise du terme « financement spécifique ». Il nous est donc impossible de savoir ce à quoi il correspond : s'agit-il de financement en ententes de service ? en projets ? ou de financement à la mission mais à l'intérieur d'un programme dit « spécifique » (p. ex., santé mentale ou itinérance, etc.).

⁷² Ces données concernent 16 régions et le MSSS.

2.4.3 La prépondérance du soutien de la mission des OCSST⁷³

Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises déjà, le MSSS est reconnu pour avoir été un des premiers et des seuls ministères à financer les organismes communautaires de façon prépondérante en appui à leur mission et ce, bien avant l'adoption de la Politique. Ainsi, le rapport Synopsis cité plus haut permet de connaître la proportion des sommes versées en 2000-2001 par le MSSS et les Régies régionales en soutien de la mission globale par rapport au financement total versé aux organismes communautaires et ce, sans égard au programme par lequel elles ont transité. On y apprend que 71% du financement total alloué aux OCSST (PSOC et hors-PSOC), a été versé en appui à la mission globale contre 29% en financement spécifique. Il serait intéressant de faire la comparaison de ces proportions avec les sommes versées les années subséquentes, mais les données ne sont pas disponibles.

La mise en œuvre de la Politique semble n'avoir pratiquement rien changé à la prépondérance du soutien de la mission, c'est-à-dire que le MSSS a maintenu la forte prépondérance du financement de la mission, puisque le budget accordé aux organismes communautaires par le MSSS via le PSOC, en 2005-2006, se maintient à plus de 80% en mission globale. Par ailleurs, cette proportion du budget octroyé en soutien de la mission globale varie en fonction des indicateurs retenus:

- la proportion s'élevait à 82,31% en 2005-2006 par rapport au budget global (provincial et régional);
- la proportion frôlait les 98% pour l'année 2005-2006 par rapport au budget total (niveau central) affecté aux organismes nationaux;
- la proportion variait, selon les régions, de 73.4% à 98.4% en 2005-2006 par rapport aux budgets régionaux affectés aux OCSST régionaux et locaux,

Les données fournies par le SACAIS concernant le PSOC permettent d'affirmer que le financement en soutien de la mission est prépondérant au moins depuis l'année 2001-2002 (les données antérieures n'étant pas accessibles selon les modes prescrits par la Politique). À cette époque au niveau régional, seulement trois régions - Montréal (61.5%); l'Estrie (66%) et la Montérégie (57.1%) - maintenaient une proportion en deçà de 81.1%, toutes les autres accordant entre 81.1% et 95.8% de leur financement total en soutien de la mission globale. Cela dit, hormis la Montérégie qui a maintenu le pourcentage de financement de la mission en deçà de 70% jusqu'en 2005-2006 (avant d'atteindre 85.2% en 2005-2006⁷⁴), le pourcentage du financement en soutien de la mission a augmenté à près de 70% pour l'ensemble des régions dès l'année 2002-2003⁷⁵. Le financement de la mission est donc considéré comme un acquis à tous les niveaux du ministère, un acquis réaffirmé par les principaux responsables politiques y compris le ministre lui-même et qui, selon eux, ne devrait pas être considéré comme menacé, contrairement à la perception partagée par un certain nombre d'OCSST.

⁷³ Un portrait plus détaillé du financement provincial et régional octroyé aux OCSST est présenté en annexe V. Les tableaux indiquent les subventions PSOC octroyées par le MSSS et les Agences selon les régions et selon les trois modes de financement, de 2001-2002 à 2005-2006.

⁷⁴ Le pourcentage de financement à la mission sur le financement total de la Montérégie était de 57.1% en 2001-2002; 54.3% en 2002-2003; 68.2% en 2003-2004; 68.1% en 2004-2005, puis de 85.2% en 2005-2006.

⁷⁵ Outre la Montérégie, ce sont le Saguenay-Lac-Saint-Jean et la Capitale Nationale qui ont les plus basses proportions de financement en soutien de la mission sur le financement total. La chute de leur proportion de près de 20 points de pourcentage s'explique par une forte hausse des ententes de service : les ententes de service passant de 689 228\$ (8.4%) en 2001-2002 à 3 098 221\$ (27.5%) en 2002-2003 au Saguenay-Lac-Saint-Jean et de 3 576 588\$ (13.4%) en 2001-2002 à 9 166 173\$ (31.3%) en 2002-2003 pour la Capitale-Nationale.

2.4.4 Le PSOC et les trois modes de financement

Le financement de la mission

Bien qu'elle reconnaisse trois modes de financement, de la mission, par entente de service, par projet, la Politique insiste sur l'importance d'accorder la prépondérance au financement de la mission et ce, plus particulièrement pour les organismes d'action communautaire autonome. Historiquement, le MSSS utilisait ces trois modes, tout en accordant une nette prépondérance au financement de la mission comme on vient de le constater. Par ailleurs le PSOC était et continue d'être un programme dont l'objectif, est « D'apporter aux organismes communautaires un soutien en appui à la réalisation de leur mission globale, en complément à la contribution de la communauté »⁷⁶. L'enjeu actuel concerne l'introduction des trois modes de financement dans le PSOC : pour les acteurs gouvernementaux, il s'agit d'harmoniser le PSOC avec la Politique en y institutionnalisant les trois modes de financement; pour les OCSSS et leurs regroupements il s'agit de maintenir le caractère exclusif du PSOC soit un programme consacré au seul soutien de la mission des OCSSS. Ce litige fait présentement l'objet des travaux du *Comité d'harmonisation et de valorisation de l'action communautaire en santé et services sociaux*.

Mais sur le terrain, les pratiques administratives des Agences sont déjà en place. Ainsi, tout en mettant l'accent sur la prépondérance du financement de la mission pour les organismes communautaires autonomes, la très grande majorité des responsables régionaux gouvernementaux ne veulent pas pour autant consacrer le PSOC à ce seul mode de financement et cela, au nom du respect de la Politique et parce qu'ils ont déjà mis en place de telles pratiques administratives depuis la régionalisation du PSOC vers le milieu des années 90. Pour ces derniers, la distinction introduite par la Politique entre les trois modes de financement est « aidante » en raison du fait que désormais, les choses sont plus claires quand il est question de financement, « on sait de quoi on parle », d'où la volonté de les codifier dans le PSOC. Par exemple, la Politique invite à financer en ententes de service des OC qui ont des activités en SSS, mais dont le ministère port d'attache n'est pas le MSSS : le MSSS est donc tenu d'utiliser les divers modes de financement. Cela dit, les opinions divergent quant à l'introduction des trois modes de financement dans le PSOC : certains responsables régionaux sont d'avis que la prépondérance du financement de la mission n'est pas ébranlée par cette façon de faire alors que d'autres sont plutôt de l'avis contraire.

Par ailleurs, pour une partie importante du mouvement communautaire autonome, la question des modes de financement est intimement liée à celle de la reconnaissance de l'autonomie des OCSSS. Pour ces acteurs, c'est la mission globale d'un OC qui doit obligatoirement être financée et soutenue pour que celui-ci puisse être autonome et le demeurer. Dans cette optique, le financement par ententes de service, bien qu'il ne soit pas forcément à rejeter, doit pour le moins être balisé et demeurer secondaire au financement de la mission. Le danger est imminent lorsqu'un OC est mis sur pied et/ou maintenu en vie grâce à des ententes de service. Ces acteurs communautaires ont donc voulu introduire des modalités régionales visant à baliser et limiter la possibilité de financement par ententes de service et par projet pour les organismes communautaires autonomes. Pour ce faire, ils ont composé avec diverses positions d'Agences et réussi à inscrire ces balises dans les cadres régionaux de collaboration²⁷. Les gains ont donc été très mitigés quant à faire du PSOC un programme exclusivement dédié au financement en soutien de la mission : quelques Agences seulement ayant accepté de le transformer de la sorte.

Ceci dit, pour nombres d'acteurs gouvernementaux, le débat sur les modes de financement ne serait à la limite qu'une « question sémantique » ou « administrative ». Mais pour plusieurs il s'agit d'une question politique. Dans cette perspective, les possibilités de gestion du financement des OCSSS, conformément à la Politique, sont nombreuses pour le MSSS : il pourrait maintenir un programme consacré au financement à la mission pour les organismes d'ACA (le PSOC); il pourrait aussi élaborer divers mécanismes par lesquels il financerait en ententes de service et en projets ponctuels (y compris

⁷⁶ MSSS, Programme de soutien aux organismes communautaires 2007-2008, p.10.

les OC d'autres ports d'attache); il pourrait maintenir les acquis des groupes déjà financés à la mission mais qui ne correspondent pas aux critères de l'ACA. Les mérites respectifs de ces différentes positions et d'autres avenues sans doute font actuellement l'objet des travaux du sous-comité sur les modes de financement⁷⁷.

Le financement par ententes de service

Le financement par ententes de service n'est pas nouveau dans le champ SSS, mais il a toujours fait l'objet de controverse au sein des OCSSS. Son institutionnalisation par la Politique et l'incertitude entourant encore la nature du PSOC ont contribué à relancer le débat : de fortes divergences se font présentement sentir au sein du milieu communautaire quant à la position à adopter face à ces ententes de service.

Précisons qu'il s'agit ici des ententes convenues dans le cadre des réseaux locaux de services gérés par les CSSS (et donc sans lien avec le PSOC). Deux documents sont venus baliser « les modalités de collaboration entre les instances locales et les organismes communautaires »⁷⁸. Cette collaboration volontaire s'exerce entre autres selon les modalités suivantes :

- Les OC qui le désirent font connaître à l'instance la nature de leur mission et de leurs activités auprès des personnes ou groupes qu'ils desservent;
- Les OC concernés sont invités à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la programmation clinique touchant les personnes qui fréquentent ces OC et les clientèles de l'instance locale;
- Si nécessaire, des modalités de référence ayant trait à leur clientèle respective, personnes ou groupes, sont instituées entre l'instance et les OC;
- Si nécessaire, des personnes contacts et des moyens de communications sont mis à la disposition des OC pour faciliter la liaison et les échanges;
- Lorsque l'instance offre à un OC un financement particulier pour un projet précis, l'entente de service doit être à durée déterminée, renouvelable avec l'accord des parties et doit pouvoir être résiliée, selon les modalités convenues à l'avance et dans les délais raisonnables. Une telle entente a un caractère public et est déposée à l'Agence concernée. Un processus de reddition de comptes y est associé et est convenu entre les parties.

C'est en tant que « producteurs de services » que les OCSSS sont ainsi interpellés tout comme le sont « les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées » (Article 99.7 de la Loi SSS).

La Politique est très claire sur la signification politique de l'entente de service : « [...] Bien que les ententes puissent aussi contribuer à assurer le fonctionnement des OC, elles ont surtout pour but de soutenir la réalisation de mandats reçus du gouvernement en réponse à des besoins déterminés par celui-ci. L'entente de service s'inscrit dans une logique très différente de celle du soutien financier à l'action communautaire autonome [c.-à-d. soutien de la mission]. [...] L'approche contractuelle par la conclusion d'une entente de service s'avère l'outil approprié lorsque les ministères et les organismes gouvernementaux veulent confier aux organismes communautaires la réalisation de mandats pour des services complémentaires aux services publics dans un esprit de collaboration⁷⁹.

⁷⁷ Voir les conclusions des travaux du sous-comité sur les modes de financement publiés en décembre 2007 et dont nous n'avons pu tenir compte dans notre recherche.

⁷⁸ MSSS (Juin 2004) « Organismes communautaires. Les ententes à convenir avec les instances locales » et MSSS (Juin 2006) « Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services », Gouvernement du Québec.

⁷⁹ PRSAC, p. 32-33.

Il n'est donc pas étonnant que les OCSSS aient réagi « en rangs dispersés », le libellé ci-haut permettant à chacun d'y trouver son compte. Outre la crainte généralisée de se voir transformés rapidement en « contractants » (ou plutôt en « sous contractants ») du réseau public exprimée par les OC aux lendemains de la réforme qui instituait une culture de contrat au sein du réseau sociosanitaire, les stratégies sont vite devenues diversifiées sinon contradictoires.

Pratiquement toutes les stratégies ont été mentionnées par les répondants face aux ententes de service : les accepter telles quelles; les accepter avec conditions négociées; les refuser systématiquement; les refuser si les conditions d'application sont inacceptables ou insuffisantes; les accepter même si le regroupement auquel le groupe appartient les refuse; les refuser aujourd'hui, mais les accepter demain « si on meurt de faim ». Certains iraient même jusqu'à refuser que le financement reçu en ententes de service soit transféré en soutien de la mission globale.

Certains OCSSS justifient le recours à une stratégie de résistance plus radicale à partir d'une analyse politique des ententes de service considérées comme étant un outil de sous-traitance utilisé par l'État pour faire faire à rabais par le communautaire des tâches qu'il ne veut ou ne peut plus faire. D'autres OCSSS ont plutôt adopté une position proactive et ont proposé une offre commune de services à leur Agence: c'est le cas par exemple de la coalition des projets de suivi communautaire en santé mentale à Montréal. Par cette initiative, les OC visaient notamment à éviter de se retrouver dans une logique de contrat de service variable d'un CSSS à l'autre. Leur objectif ultime était d'arriver par la suite à faire transférer cet argent en soutien de la mission globale.

Au final, les acteurs communautaires sont aux prises avec de profondes divergences tant de fond que de stratégies face aux ententes de service ce qui, aux dires de certains, contribue à fragiliser les efforts collectifs en vue d'améliorer le financement de la mission. D'autres adoptent une approche plus pragmatique de la question et considèrent que c'est au contraire une des voies à privilégier pour faire augmenter le financement des OCSSS.

Mentionnons également que la notion d'entente de service porte à confusion dans la mesure où selon la Politique, un organisme communautaire autonome ne peut être financé pour sa mission que par son ministère/port d'attache. Ainsi, si la mission d'un organisme est soutenue par un autre ministère, le MSSS ne peut le financer que par une entente de service. Il s'agit là, selon nous, d'une « fausse entente de service », induite par l'interdiction d'un double financement de la mission pour les OC à qui une telle situation pourrait profiter. Nous verrons au point suivant que cette disposition administrative biaise la notion d'entente de service de même que les budgets concernés.

Le financement par projets

Le financement par projets ponctuels représente une infime partie du financement accordé par le MSSS. En effet, le pourcentage du financement octroyé en projets ponctuels représente moins de 5% du financement total octroyé aux OC par le MSSS (voir le tableau 2 de l'Annexe IV). Cela dit, ce mode de financement ne constitue pas un enjeu pour le champ Santé et Services sociaux.

2.4.5 L'augmentation du financement des OCSSS

Le rehaussement du financement dans le champ SSS est une question récurrente pour l'ensemble des acteurs. Malgré le fait que le pourcentage du budget du MSSS consacré aux OCSSS ait augmenté de façon constante dans les dernières décennies, une augmentation que d'aucuns attribuent en partie à la régionalisation, il y a consensus pour reconnaître que nombre de groupes sont sous-financés et que les conditions de travail (incluant les salaires et les bénéfices marginaux) sont très souvent « minimalistes ». Par conséquent, tant les OCSSS eux-mêmes que les représentants PSOC gouvernementaux tentent de trouver des stratégies pour rehausser le financement. Ces questions

seront d'ailleurs abordées dans le cadre des travaux d'un sous-comité du *Comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en SSS* dont le mandat, non encore défini, portera sur le financement des OCSSS.

Pour rehausser le financement, quatre stratégies principales ont été identifiées dans le cadre de cette étude de cas : 1) les efforts de sensibilisation des directions PSOC nationale et régionales; 2) le transfert au PSOC d'un pourcentage des enveloppes de développement régional; 3) l'obtention de la part de certains regroupements sectoriels d'argent dédié ou d'enveloppes pré-allouées (« argent tagué »); 4) des gymnastiques de la part des représentants PSOC pour financer des OC dont le MSSS n'est pas le port d'attache. À ces stratégies s'ajoutent les démarches pour obtenir de financement de fonds fédéraux ou de la philanthropie. Bien qu'elles ne soient pas traitées directement, les stratégies de mobilisation demeurent tout de même très présentes au sein du champ SSS, mobilisation face au MSSS par diverses actions publiques médiatisées et mobilisation des TROC face aux Agences.

La sensibilisation

Si certains acteurs du côté gouvernemental ont insisté sur la sensibilité de leur direction au communautaire, de manière générale, les représentants PSOC régionaux ont témoigné de leurs efforts et de leurs difficultés à faire reconnaître la place du communautaire au sein de la direction de leur Agence notamment dans le but d'obtenir davantage de financement pour les organismes communautaires. Ils ont même évoqué leur « acharnement » à tenter de trouver davantage de financements pour les organismes communautaires de leur région, tout en avouant leur relative impuissance à y parvenir. Plusieurs ont parlé de leur inconfort à se sentir coincés entre les groupes communautaires qui revendiquent un meilleur financement et la logique plus administrative de leur direction qui affirme ne pas avoir d'argent. Paradoxalement, cette situation les amène à tenter de convaincre les OC de mettre toutes les chances de leur côté et donc à se conformer aux modalités de reddition de comptes demandées par la direction de l'Agence arguant que c'est cette logique administrative qui prévaut et que c'est ainsi qu'ils arriveront à faire entendre leurs demandes. Le *Comité de valorisation* a d'ailleurs réalisé des travaux (non encore rendus publics) concernant l'harmonisation des exigences de reddition de comptes pour les OCSSS.

L'argent de développement

Dans plusieurs régions, pour faire face au sous financement des OCSSS, les représentants PSOC régionaux, en concertation avec les TROC, tentent d'obtenir un engagement de leur Agence à verser au communautaire un certain pourcentage des argents de développement octroyés aux régions en fonction de leur richesse relative. Les Agences demeurent libres de réserver et d'accorder ou non un tel pourcentage au communautaire⁸⁰. Si ce pourcentage n'est pas déjà inscrit dans le cadre de référence régional négocié entre l'Agence et la TROC, les représentants PSOC doivent faire beaucoup d'efforts pour aller chercher des sommes supplémentaires pour les OCSSS. Il n'en demeure pas moins que le travail concerté des acteurs gouvernementaux et communautaires a permis l'obtention pour les OCSSS de sommes relativement importantes selon les régions.

Une difficulté inhérente à l'obtention de ces sommes provient du fait que l'argent de développement est octroyé par programme et selon les priorités gouvernementales décrétées au niveau national. Ainsi le programme « santé mentale » obtiendra plus d'argent de développement dont une partie profitera aux OC en santé mentale. Aux fins d'équité intrarégionale et inter-secteurs, certaines Agences ont veillé à éviter cette situation en octroyant un montant global d'argent de développement que les responsables du PSOC peuvent attribuer aux OC selon des critères souvent définis dans les cadres de collaboration régionaux. Cette situation n'a pas été sans tension entre certaines Agences et le MSSS,

⁸⁰ Selon les régions, ce pourcentage variait entre 10% et 45% du budget total de développement accordé à l'Agence en 2005-2006.

celui-ci voulant attribuer l'argent de développement selon des pourcentages par programme, les Agences voulant s'en tenir au protocole négocié avec leur TROC et qui n'allait pas dans le sens du MSSS

Une autre difficulté qui est en fait qualifiée de « mauvaise stratégie » par des acteurs gouvernementaux concerne la revendication des acteurs communautaires pour obtenir un pourcentage fixe (10%) des argents de développement. Cette stratégie risque d'en pénaliser plusieurs car ces argents sont octroyés selon la richesse relative des régions, ce qui fait que plusieurs TROCs pourraient aller chercher des sommes qui dépasseraient le 10%. Aussi, les OCSSS des régions considérées « riches » risquent d'aller chercher moins d'argent que ceux des régions « pauvres », ce qui consolide les écarts entre OCSSS plutôt que de les réduire.

L'argent dédié ou enveloppes « pré allouées »

Des OC de certains secteurs ont développé d'autres stratégies pour augmenter le financement de leurs groupes. C'est le cas en particulier du mouvement des femmes (maisons d'hébergement, centres de femmes, Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)) et de certains regroupements d'OC jeunesse. Ces grands regroupements font des pressions politiques directement auprès du ministre et même du Premier ministre pour obtenir un rehaussement de leur financement.

Le MSSS alloue alors directement des sommes dédiées aux groupes concernés ceci, par-dessus la tête de ses instances administratives régionales. Cette pratique est perçue par les Agences comme une non-reconnaissance par le MSSS de leurs compétences et responsabilités et leur laisse l'impression de n'être que des boîtes aux lettres. Par ailleurs, cette stratégie particulière entraîne certaines difficultés pour les Agences, préoccupées de réduire les iniquités intra régionales et intersectorielles et soucieuses d'atteindre leurs objectifs régionaux. Elles se voient ainsi privées du contrôle d'une partie des argents qui auraient pu être investis autrement.

Par ailleurs, la stratégie d'aller chercher de l'argent « tagué » suscite plusieurs questionnements auprès de certains acteurs communautaires comme gouvernementaux. Ainsi, le principe veut qu'une entente convenue entre le MSSS et un regroupement sectoriel profite à chacun des organismes membres de ce regroupement, mais seulement à ceux-ci et non à l'ensemble des organismes dudit secteur. À titre d'exemple, une entente du MSSS conclue avec un regroupement de maisons de jeunes bénéficie seulement aux maisons de jeunes reconnues au sein de ce regroupement. Par conséquent, une maison de la famille ayant développé un volet maison de jeunes, mais n'étant pas reconnue par le regroupement, ne pourra bénéficier de cette entente et ce, même si sa 'mission' maison de jeunes est reconnue par son Agence. Par conséquent, non seulement cette stratégie génère non seulement un certain déséquilibre régional, mais elle soulève aussi un enjeu de solidarité entre OCSSS.

Au sein du milieu communautaire, tous ne perçoivent évidemment pas cette stratégie de la même façon. Pour les uns, c'est un recul de la solidarité, vision partagée par certains fonctionnaires. Pour d'autres, c'est la seule voie possible non seulement pour obtenir plus de fonds mais aussi pour faire des gains sur le plan politique. Par exemple, les regroupements liés au mouvement des femmes ont beaucoup utilisé cette stratégie d'aller chercher des enveloppes pré allouées par le Ministère, et ce, selon leur dires, non par manque de solidarité envers les autres OCSSS, mais en fonction de leur expérience historique de rapports directs avec les acteurs politiques et de leur position très critique face à la régionalisation⁸¹.

⁸¹ En effet, les groupes du mouvement des femmes résistent à l'idée de confier l'amélioration des conditions de vie des femmes à des instances régionales qui, bien qu'elles aient le mandat depuis 1997 (5ème Orientation, Politique québécoise en matière de condition féminine) de servir de « relais » aux engagements du gouvernement du Québec en matière d'égalité, sont considérées comme peu fiables dans leur réceptivité aux enjeux touchant la condition féminine. D'autre part, ces groupes sont conscients des iniquités territoriales qui risquent de découler, pour la citoyenneté des femmes, d'une régionalisation des argents du PSOC pour le secteur Femmes.

Le financement d'OC dont le MSSS n'est pas le port d'attache

Il arrive que les représentants PSOC désirent financer des OC offrant des activités et des services en SSS mais qui ont un autre ministère que le MSSS comme port d'attache. Pour ce faire, les représentants PSOC régionaux et provinciaux ont développé diverses stratégies. Ainsi, pour financer des groupes rattachés à d'autres ministères (les organismes en défense des droits en santé mentale qui ont pour port d'attache le SACAIS, par exemple) ou encore des groupes qui ont leur siège social dans une autre région, les représentants PSOC utilisent des ententes de service *par défaut* ou *spécifiques*. Aux dires des représentants PSOC régionaux, ces subventions seraient octroyées en soutien de la mission, mais la Politique les contraint à les allouer en ententes de service.

Sans juger du bien fondé ou non de ce type de stratégies, celles-ci soulèvent évidemment des questionnements quant à la logique définie dans la Politique par rapport aux ports d'attache et aux contraintes qu'elle impose quant au financement de la mission lié exclusivement au port d'attache principal. On assiste ici à une sorte de distorsion administrative qui place l'organisme, ainsi partagé entre deux ports d'attache, dans une situation ambiguë, alors que l'esprit de la Politique vise le contraire.

L'argent fédéral

Plusieurs OCSSS reçoivent du financement de la part du gouvernement fédéral. Cet argent du fédéral n'est pas inclus dans le budget du PSOC, même si, dans certaines régions, il peut être géré par le responsable du PSOC. Aux dires des acteurs concernés, ce financement, qui peut être relativement substantiel, n'est octroyé que par projet et est associé à des mécanismes de contrôle et de reddition de comptes très contraignants. Les représentants PSOC régionaux perçoivent de grandes disparités en termes de dynamiques de gestion et d'octroi du financement fédéral aux OC, les pratiques différant grandement d'un programme et d'une région à l'autre. Il semble que la perception de ces différences soit largement tributaire de la dynamique et de l'organisation internes de l'agence. En effet, dans certaines Agences, le responsable PSOC s'occupe également du financement octroyé dans le cadre des programmes fédéraux, ce qui diminue l'effet de clivage entre les deux programmes. Dans les Agences où il s'agit de personnes différentes, le PSOC et les programmes fédéraux sont plutôt perçus comme des *mondes parallèles*.

Le questionnement principal concerne le fait que ce type de financement s'avère contraire à l'esprit et à la lettre de la Politique. Même si celle-ci reconnaît le financement par projet, l'application diffère radicalement de celle du fédéral. Il s'agit d'un financement sur lequel les Agences n'ont aucun contrôle et qui échappe d'une certaine façon à la planification régionale. Les craintes persistent quant à la proportion importante de ce financement pour certains OCSSS et au risque de le voir surpasser ou déséquilibrer le financement de la mission.

Le financement provenant de la philanthropie

La philanthropie religieuse (argent octroyé aux OC par les communautés religieuses) et associative (Centraide, Béati, etc.) fait partie des sources de financement non gouvernementales des OCSSS depuis plusieurs décennies. Les relations entre Centraide et le communautaire, par exemple, datent de plusieurs années et sont généralement satisfaisantes aux yeux des acteurs concernés. De même les relations de Centraide avec les instances gouvernementales régionales sont basées sur le respect mutuel et l'échange d'informations, une pratique que les OC connaissent.

L'arrivée récente et massive de la philanthropie privée dans le champ Santé et Services sociaux à titre de nouvel acteur du réseau sociosanitaire change la donne. En effet, la Fondation Chagnon a récemment conclu des ententes partenariales avec le MSSS devenant ainsi un acteur politiquement reconnu dans le financement de projets liés surtout à la santé publique (promotion de bonnes habitudes

alimentaires, lutte à l'obésité, lutte à la pauvreté, etc.). La présence de plus en plus systématique de cette Fondation dans le champ SSS soulève un certain nombre de questionnements tant dans le milieu communautaire que de la part des fonctionnaires. Ces questionnements tiennent notamment au fait que les subventions de cette Fondation ne sont soumises ni à la Politique ni aux cadres de collaboration régionaux. Tout comme le financement fédéral, l'octroi de ces subventions pourrait potentiellement menacer, par la porte arrière, la prépondérance du financement de la mission globale.

2.4.7 Conclusion

Certains éléments sont à retenir de l'évaluation de l'action du MSSS en matière de soutien financier à l'action communautaire. En premier lieu, l'analyse a démontré que les acteurs communautaires et gouvernementaux portent beaucoup d'intérêt à la question -récurrente s'il en est une- du rehaussement du financement des OCSSS. Malgré le fait que le pourcentage des argents du MSSS consacré aux OCSSS ait augmenté de façon constante dans les dernières décennies, il y a consensus pour reconnaître que nombre de groupes sont sous financés et que les conditions de travail (incluant les salaires et les bénéfices marginaux) sont très souvent « minimalistes ».

Cela dit, l'analyse permet d'affirmer que le MSSS, reconnu pour avoir été un des premiers et des seuls ministères à financer les organismes communautaires de façon prépondérante en appui à leur mission et ce, bien avant l'adoption de la Politique, a maintenu et maintient toujours cette large prépondérance.

Un des enjeux très préoccupants à l'heure actuelle pour les OCSSS a trait à l'introduction des trois modes de financement dans le PSOC. D'ailleurs, cet enjeu fait présentement l'objet des travaux du *sous-comité sur les modes de financement* (du *Comité de valorisation*). Pour certains acteurs gouvernementaux, l'actuel débat sur les modes de financement n'est qu'une « question sémantique » ou « administrative » perçue uniquement sous l'angle de l'harmonisation du PSOC à la Politique. Pour d'autres il la dépasse largement. Pour une partie importante du mouvement communautaire autonome, la question est intimement liée à celle de la reconnaissance de l'autonomie des OCSSS.

Dans cette ligne, l'institutionnalisation, par la Politique, du financement par entente de service est sans contredit un objet de controverse au sein du champ SSS. Bien que cette forme de financement ne soit pas nouvelle en Santé et Services sociaux, elle génère tout de même une profonde incertitude quant à la nature du PSOC, considéré comme un garant du rôle, de la place et du statut des OCSSS dans ce champ. En ce qui a trait à leur positionnement par rapport aux ententes de service, les acteurs communautaires font face à de grandes divergences stratégiques et politiques. Certains adoptent une approche plutôt pragmatique de la question en acceptant des ententes de service, considérant que c'est une des voies à privilégier pour faire augmenter le financement des OCSSS. Ce qui fait dire à ceux qui refusent d'entrer dans une telle relation contractuelle, que les premiers contribuent à fragiliser les efforts collectifs visant à améliorer le financement de la mission. Finalement, il est primordial de rappeler que le MSSS et ses Agences se sont engagés sur la voie d'une transparence accrue de leur action en matière de soutien financier aux OCSSS.

Chapitre 3 : Conclusions et recommandations

Le rôle historique joué par le MSSS dans la reconnaissance des organismes communautaires et le financement de leur mission globale aurait trouvé son achèvement dans la Politique. Cette affirmation, largement partagée par les acteurs du champ Santé et Services sociaux que nous avons interrogés, met en lumière les liens de proximité entre les grandes orientations de cette Politique et les pratiques pionnières de ce ministère dans ses rapports avec plus de 60% des groupes du mouvement communautaire québécois.

3.1 Une fidélité certaine à l'esprit de la Politique, mais...

Le MSSS a poursuivi dans cette direction. On pourrait en effet affirmer, au terme de cette recherche, que les pratiques du MSSS demeurent globalement en accord avec les principes, les objectifs et l'esprit de la Politique : le MSSS reconnaît officiellement les OCSSS, les finance très majoritairement en soutien à la mission et a maintenu des mécanismes de concertation entre les instances de représentation du communautaire et ses propres instances nationale et régionales (et progressivement, ses instances locales). Les responsables politiques (ministre, sous-ministre adjoint, direction chargée des OCSSS au sein du MSSS) ont réitéré à maintes reprises leur volonté de respecter l'autonomie des OCSSS et de se conformer à la Politique, au Cadre de référence et au Plan d'action gouvernemental. Des efforts considérables sont déployés au sein de l'appareil ministériel, par un nombre très important de professionnels, pour appliquer le Cadre de référence et le Plan d'action gouvernemental.

L'ensemble de ces constats amènent à affirmer que le MSSS est demeuré fidèle à l'esprit de la Politique. Mais l'écoute attentive des acteurs concernés, communautaires et gouvernementaux, invite à proposer une analyse plus nuancée de l'implantation de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux. L'observation rigoureuse des dynamiques à l'œuvre permet en effet de déceler des tensions préoccupantes au niveau de l'actualisation de la Politique dans ce champ : nous les énumérons dans les points qui suivent. Ces tensions peuvent être considérées comme autant de défis posés aux acteurs concernés et ce, à tous les niveaux (central, régional, local). Ces défis sont d'autant plus importants à prendre en considération que le poids du MSSS dans l'appareil gouvernemental de même que le nombre considérable d'organismes communautaires soutenus par ce ministère ont un impact certain sur l'ensemble des ministères chargés d'actualiser la Politique dans leur champ respectif. De même les prises de position des OCSSS peuvent avoir un impact sur les organismes communautaires de nombreux autres secteurs du mouvement communautaire.

3.2 La faiblesse de la Politique

Une première constatation s'impose suite à cette recherche évaluative : l'extrême faiblesse d'une Politique qui arrive mal à s'imposer dans un environnement qui la fragilise. Certes, les outils d'implantation de la Politique (Cadre de référence, Plan d'action gouvernemental, Entente administrative) sont appliqués par le MSSS, mais ces mêmes outils tendent à en atténuer la portée. À cela s'ajoute la réforme structurelle en cours qui vient modifier les règles du jeu entre acteurs gouvernementaux et communautaires.

3.2.1 La non-reconnaissance de l'ACA : un paradoxe risqué pour l'ensemble du mouvement communautaire autonome

L'exemple le plus éloquent demeure le fait que le MSSS (au niveau central et au niveau de la très grande majorité des Agences) n'applique pas les critères de distinction entre l'ACA et l'AC, ces distinctions étant perçues à la fois comme difficiles d'application et surtout, comme pouvant exclure des OCSST actuellement financés par le MSSS. Les réserves émises pour appliquer la distinction AC/ACA reposeraient également sur une interprétation historique du PSOC visant « à protéger les acquis des organismes qui y sont inscrits depuis ses débuts. Les actions des organismes dans le cadre du programme depuis 1973, n'étaient pas nécessairement orientées vers une transformation sociale et des pratiques larges. »⁸².

Cette position conduit au paradoxe suivant : les organismes communautaires autonomes du champ Santé et Services sociaux, qui constituent l'immense majorité des OC de ce champ et qui ont lutté pour la reconnaissance de l'ACA, ne possèdent pas de programme de reconnaissance ACA ou plutôt leur programme historique, le PSOC, « s'adresse à l'ensemble des organismes communautaires en santé et services sociaux, sans exclusion ni distinction »⁸³.

Le paradoxe apparaît encore plus saisissant quand on prend acte des divisions, fussent-elles d'ordre stratégique, entre les instances de concertation des OCSST quant à l'application de ces distinctions : la TRPOCB favorisant un nombre restreint de critères de reconnaissance, les quatre de l'AC, alors que la CTROC exige l'application des huit critères de l'ACA. Cette divergence fondamentale a sans doute rendu impossible une action concertée du milieu communautaire autonome pour, à tout le moins, protéger les acquis, soit un programme d'ACA dédié au financement de la mission, quitte à mettre en place d'autres modalités pour respecter les acquis des organismes d'AC.

Les dernières négociations entre le MSSS, les Agences et la TRPOCB/CTROC ont abouti à la reconnaissance de six critères⁸⁴. On peut se demander ici dans quelle mesure ce compromis vient modifier substantiellement ce qui était proposé par la Politique. La question se pose ici : faudra-t-il réviser la Politique pour que celle-ci s'adapte aux nouvelles orientations du MSSS ou le MSSS devra-t-il tôt ou tard s'y conformer ?

3.2.2 Des mécanismes plus participatifs d'implantation de la Politique

Sans doute le MSSS lui-même a-t-il mis en place des instances de concertation entre Agences et avec les organismes communautaires pour délimiter, encadrer, baliser, harmoniser le plus possible ses pratiques avec la Politique. Mais il faut aussi constater que la Politique ne possède aucun dispositif d'implantation suffisamment puissant pour s'imposer dans le cadre de politiques ministérielles ou de réformes comme celles adoptées par le MSSS.

Le caractère non prescriptif de la Politique joint à la difficulté d'interpréter « objectivement » nombre de ses critères (p. ex., AC versus ACA) a pour corollaire une multiplication d'interprétations par les nombreux acteurs chargés d'en assurer l'application à tous les paliers du champ SSS. Le MSSS est un ministère fortement décentralisé d'où une délégation non seulement des responsabilités et des ressources, mais aussi des pouvoirs de décision : on assiste ainsi à la multiplication des décideurs qui ont à gérer ce dossier selon leur interprétation de la Politique, les intérêts régionaux ou locaux, leurs

⁸² MSSS et MESS (2006) *Entente administrative entre le ministre de l'emploi et de la solidarité sociale, Mme Michelle Courchesne, et le ministre de la santé et des services sociaux, M. Philippe Couillard*, Gouvernement du Québec, annexe I, p. 7.

⁸³ *Idem*.

⁸⁴ Les conclusions de ces travaux font présentement l'objet d'une consultation auprès des OCSST et des acteurs gouvernementaux. Voir *addenda*, p. 69.

conceptions du rôle des organismes communautaires sur « leur » territoire. On se trouve ici en présence de ce qui pourrait être qualifié de « nœud » de la Politique, à savoir la très grande marge de manœuvre laissée aux acteurs gouvernementaux dans son implantation sur le terrain, malgré les outils que sont le Cadre de référence et les différents cadres de collaboration régionaux, issus de la concertation entre les Agences et le milieu communautaire.

Il faut également constater qu'il n'existe aucun mécanisme d'autorégulation permettant aux OCSSS de jouer un rôle plus substantiel, c'est-à-dire décisionnel plutôt que consultatif, dans l'implantation d'une Politique qui les concerne au premier chef. Un tel mécanisme⁸⁵ permettrait, entre autres, d'encadrer « l'arbitraire » administratif inter et intra régional. Il inciterait de plus les acteurs communautaires eux-mêmes à s'approprier la Politique de façon plus rigoureuse et à voir à son application.

Un chantier pourrait ainsi s'ouvrir permettant d'explorer et même d'expérimenter des formes de démocratie plus participative, particulièrement par rapport à l'arbitrage entourant la question de l'action communautaire versus l'action communautaire autonome.

3.3 Une reconnaissance ambiguë, une autonomie encadrée

Les différentes réformes propres au système sociosanitaire ont graduellement mis en place des modes de gouvernance axés sur une logique de programmes, sur l'atteinte de cibles fixées par les grandes orientations et priorités du ministère et sur le développement d'une culture du contrat entre partenaires au sein du réseau, incluant les OCSSS. Ces pratiques s'avèrent, dans une certaine mesure, contraires à l'esprit et à la lettre de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire, destinée à protéger et promouvoir l'autonomie des OC. Les modes de gestion du PSOC, l'un des principaux mécanismes mis en place par le MSSS pour respecter l'autonomie des OC, génèrent une reconnaissance ambiguë de cette autonomie. Ces modes de gestion s'exercent à l'intérieur de paramètres définis par le MSSS, lesquels se rattachent à la logique des programmes. Dans ce contexte, on peut se demander quelle place est laissée aux missions propres des OC, dans quelle mesure les critères de l'ACA peuvent être respectés, comment les OCSSS peuvent répondre aux besoins exprimés au sein des communautés de manières alternatives à celles développées dans le secteur public, surtout en ce qui concerne les groupes laissés pour compte par l'État ?

En effet, les grands programmes, basés sur l'approche populationnelle, sont devenus l'ossature principale du MSSS, de ses Agences et des CSSS. Les orientations et priorités du MSSS pour la population québécoise se réalisent à travers ces programmes. L'investissement des fonds publics dans telle ou telle problématique se fait à travers ces programmes et l'atteinte d'objectifs quantifiables et mesurables passe par ceux-ci. Comme le PSOC n'est pas à proprement parler un vrai programme par lequel transiteraient les fonds affectés aux OCSSS, les OCSSS sont apparés aux programmes les plus compatibles avec leur mission. Cette « gymnastique administrative », peut être vue comme une stratégie d'adaptation au mode de gestion dominant dans le ministère. Mais elle a aussi pour effet d'associer plus étroitement les OCSSS aux missions propres du MSSS. Et ce, d'autant plus que la dernière réforme instaure partout dans le réseau une culture de contrats et d'ententes de service.

Ces risques induits par les orientations actuelles du MSSS vont de pair avec les acquis au sein du même ministère en termes de reconnaissance et de financement de la mission. Le PSOC continue de financer principalement la mission des groupes communautaires. Les instances de représentation du communautaire, aux plans national, régional et local sont actives et vigilantes; elles développent des stratégies à la fois défensives et proactives. Mais les modes de gestion du MSSS, consolidés depuis les

⁸⁵ La notion d'autorégulation implique une plus grande participation des OCSSS aux processus décisionnels et non seulement consultatifs. Les modalités demeurent à élaborer.

grandes réformes sociosanitaires, sont aussi porteurs de dérives importantes quant à la pleine reconnaissance de l'autonomie des groupes communautaires dans le sens véhiculé par la Politique.

Une piste à explorer pour protéger la mise en œuvre de la Politique dans le champ Santé et Services sociaux serait de détacher les OCSSS du rattachement à la logique des programmes en mettant en place un véritable programme spécifique de soutien de la mission, indépendant de la planification étatique, et augmenté et indexé à chaque année. Il conviendrait par ailleurs d'analyser cette hypothèse avec rigueur, d'en soulever les aspects positifs mais aussi les risques et contraintes potentiels.

3.4 Le financement de la mission en « équilibre instable »

Le financement de la mission demeure le mode de financement des OC privilégié par le MSSS. De même la prépondérance de ce mode de financement sur les deux autres dispositifs de soutien financier (ententes de service et projets) est assurée. Mais, par un paradoxal retour de balancier, la Politique semble venir questionner ce que plusieurs considèrent comme le cœur du dispositif de reconnaissance de ce ministère, soit son programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). De profondes divergences séparent les acteurs sur la nature même de ce programme.

Des travaux conjoints MSSS/communautaire sont en cours présentement et il ne nous appartient pas de présumer de leurs résultats. Mais deux hypothèses sont présentement sur la table : celle d'un PSOC intégré, c'est-à-dire comprenant les trois modes de financement (mission, ententes de service et projets), avancée par le MSSS car susceptible de mieux protéger les organismes communautaires; celle des instances des OCSSS pour lesquelles le PSOC doit être consacré exclusivement au financement de la mission.

Pour l'instant au niveau régional, le soutien financier des OC relève légalement de la responsabilité des Agences : tous les acteurs, communautaires et gouvernementaux s'accordent pour maintenir cette situation. Mais dans le cadre du fonctionnement contractuel des CSSS, qui deviennent les pôles principaux de la mise en œuvre des programmes du réseau sociosanitaire, l'ouverture aux ententes de service semble vouloir tirer les OCSSS dans une autre direction. Très marginal pour l'instant, on est en droit de penser, qu'à plus ou moins long terme, ce mode de financement, par lequel transiteront des budgets substantiels, puisse venir concurrencer le financement de la mission et même en menacer la prépondérance, d'autant plus si l'augmentation du financement de la mission demeure faible d'une année à l'autre. Le fait d'exclure ce type d'ententes contractuelles du PSOC ne change rien à la dynamique susceptible de s'imposer progressivement. Peut-être faudrait-il explorer la possibilité que les CSSS puissent eux aussi financer les OCSSS pour leur mission, une disposition actuellement non prévue à la Loi des SSS.

3.5 Les exigences de l'autonomie

Les OC du champ SSS ont fait partie des acteurs très actifs dans la construction de la Politique. Leur longue expérience de lutte et de mobilisation pour obtenir la reconnaissance de leur identité propre, en particulier celle de l'action communautaire autonome, et pour faire augmenter leur financement, de même que les différents partenariats mis en place avec le MSSS depuis au moins trois décennies ont comporté leur lot de défis, de tensions, de discussions longues et ardues, mais aussi de résultats probants. Dans la mesure où ce qui avait été mis en place en tant que rapports entre le MSSS et les OCSSS constitue une expérience historique structurante des rapports État-organismes communautaires, reprise dans la Politique, il est juste d'affirmer que les acteurs communautaires et gouvernementaux d'aujourd'hui ont poursuivi dans cette même direction contribuant ainsi à consolider ce type de rapports.

Par ailleurs, ces mêmes OCSSS font présentement face à des contradictions internes qui risquent d'affaiblir ces acquis. Ainsi, on a pu observer que certains acteurs communautaires ont renoncé à exiger l'application des huit critères de l'ACA proposés par la Politique, critères qui avaient pourtant été élaborés par le Comité aviseur dont font partie les instances de représentation des OCSSS - la TRPOCB et la CTROC. Ces instances ont été très présentes dans les négociations avec le SACA pour introduire ces critères dans la Politique. Ces critères sont certes très exigeants, mais leur abandon risque, à plus ou moins long terme, d'affaiblir toute l'action communautaire autonome, d'autant plus que le MSSS a lui aussi opté pour la reconnaissance de l'action communautaire au sens large. Ces deux éléments réunis risquent d'affaiblir considérablement la place de l'action communautaire autonome au sein du MSSS, pourtant pionnier en la matière.

La Politique est porteuse d'une conception de l'autonomie extrêmement exigeante pour les OCSSS qui entendent se situer dans la mouvance de l'ACA et extrêmement exigeante pour le MSSS appelé à soutenir l'ACA. Certes, il ne s'agit pas d'appliquer ces critères avec rigidité et dogmatisme ou encore selon une logique strictement bureaucratique et administrative. Il s'agit plutôt de se demander, encore une fois, quelle place accorder, dans le cadre de l'application d'une Politique dont c'était l'esprit, à des OC qui font la promotion d'une autonomie qui assure davantage l'exercice de la citoyenneté et la contribution au développement social.

Addenda

En décembre 2007, le sous-comité de travail sur les modes de financement déposait son rapport final pour consultation auprès des acteurs communautaires et gouvernementaux⁸⁶. Les consensus établis au sein de ce sous-comité de travail concernent entre autres:

Les six (6) critères d'admissibilité au financement de la mission

Pour se qualifier et avoir accès à un soutien à la mission globale, les organismes communautaires doivent répondre aux six (6) critères suivants :

- être un organisme sans but lucratif;
- être enraciné dans la communauté;
- entretenir une vie associative et démocratique;
- être libre de déterminer sa mission, ses pratiques, ses approches et ses orientations;
- avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté;
- être dirigé par un conseil d'administration indépendant du réseau public.

L'exclusion du PSOC des ententes de service relevant des CSSS

Les ententes de service relatives à la prestation de services, telles que définies dans le cadre de référence sur les ententes relatives aux RLS (juin 2006), doivent être financées en dehors du PSOC. Les ententes convenues entre les établissements et les organismes communautaires doivent être déposées à l'Agence.

L'inclusion dans le PSOC des ententes concernant des activités spécifiques

Les ententes pour le financement « d'activités spécifiques » seront intégrées au PSOC. Cet outil serait approprié « lorsque le MSSS ou les Agences veulent confier aux OC la réalisation d'activités dans un esprit de collaboration. ». Sans renoncer à son autonomie de mission et de gestion et en l'acceptant sur une base libre et volontaire, un organisme communautaire peut convenir une entente à financement spécifique « lorsque ses activités concourent de manière plus immédiate à la mise en œuvre des priorités ou des orientations ministérielles et régionales, dans une vision de complémentarité ». Ces ententes peuvent être financées sous la forme de montants forfaitaires. Enfin, ces ententes « étant des contrats dont les clauses contiennent des éléments précis sur les activités attendues par les OC, les exigences en matière de reddition de comptes porteront, en principe, sur ces éléments et pourront être inscrites dans l'entente elle-même ».

Ces propositions étant présentement en consultation, il n'est pas possible d'en prévoir le résultat final. Elles auront par ailleurs un impact certain par rapport à l'implantation de la Politique en particulier en ce qui concerne le sort réservé désormais aux huit (8) critères de reconnaissance de l'action communautaire autonome dans le champ Santé et Services sociaux et l'évolution du financement spécifique par rapport au financement de la mission.

⁸⁶ MSSS (2007). *Cadre de référence sur les modes de financement du PSOC*. Document soumis à la consultation auprès des acteurs gouvernementaux et communautaires, décembre 2007.

Annexe I : Méthodologie : approche d'évaluation et démarche

Le lecteur trouvera dans les pages suivantes des extraits du projet d'évaluation qui a été soumis au Fond québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) suite à un appel d'offres dans le cadre d'une « action concertée ». Outre le FQRSC, les partenaires à cette action concertée sont le SACA (Secrétariat à l'action communautaire autonome) et son ministère d'attache, le Ministère de l'emploi et de la Solidarité sociale (MESS). L'appel d'offres a été élaboré par un comité d'évaluation mis sur pied par la Direction d'évaluation du MESS et comprenant des représentants, des partenaires, des membres du Comité avisier, ainsi que des chercheurs universitaires. Ce projet a été sélectionné à travers un concours en deux étapes: 1) une lettre d'intention soumise à une évaluation de la pertinence par rapport à l'appel d'offres, menée par les partenaires à l'action concertée et 2) un projet complet soumis à une évaluation scientifique par des pairs, sous l'égide du FQRSC. L'appel d'offres et le projet au complet sont disponibles sur le site web de l'équipe d'évaluation: www.evalprsac.com.

1 - Précision de l'approche et des objectifs de l'évaluation

L'évaluation des politiques publiques acquiert de plus en plus d'importance, ce qui amène certains à parler de l'évaluation comme de la « clé d'une nouvelle gouvernance » (Perret, 2001). Mais la capacité des évaluations traditionnelles, concernées par le rapport direct entre les instruments d'une politique et les retombées de celle-ci s'avère très limitée quant aux apprentissages et à l'amélioration des pratiques (Patton, 1997; Thoenig, 2000; Sanderson, 2000; Baron et Monnier, 2003; Stame, 2004). De nouvelles approches de l'évaluation formative proposent d'ouvrir la «boîte noire» qui existe entre les outils et les résultats d'une politique. Elles cherchent à comprendre le «comment» et le «pourquoi» de la production d'effets voulus et non voulus en favorisant des évaluations pilotées par la théorie plutôt que par la méthode, et l'emploi de méthodes éclectiques (Chen, 1990; Patton, 1997; Weiss, 1998; Thoenig, 2000; Sanderson, 2000; Baron et Monnier, 2003). L'évaluation formative demandée par le SACA et ses partenaires nous semble tout à fait en ligne avec ces approches. Elle doit chercher à savoir non seulement « si les mécanismes retenus pour la mise en œuvre se sont avérés adéquats », mais aussi « si des ajustements ont été apportés » en cours de route et « les mettre en contexte, en expliquer les motifs et en faire ressortir les répercussions » (appel d'offres, p.2).

C'est ainsi que cette évaluation met l'accent sur la construction des processus de la mise en œuvre par les acteurs entre eux. Un corollaire d'une telle approche est l'association de l'ensemble des « *stakeholders* » (acteurs intéressés) à une évaluation participative afin de pouvoir (a) tenir compte de leurs besoins, expériences et perspectives différentes qui motivent leurs décisions et actions; et (b) faire sortir de la «boîte noire» les relations et interactions entre eux (Weiss, 1983, 1998). La dynamique des actions et interactions est fortement influencée par les contextes organisationnels ou institutionnels dans lesquels œuvrent les divers acteurs, contextes qui véhiculent leurs propres règles du jeu, valeurs, normes, incitatifs, intérêts et présuppositions (Sanderson, 2000). Les connaissances acquises sur la gouvernance dans des contextes complexes nous prédisent une diversité de visions parmi les acteurs, nécessitant la construction de compromis entre elles. Dans le cadre de la PRSAC, le fait que le SACA travaille étroitement avec le Comité avisier, le Comité interministériel et une Table de concertation en action communautaire plus large, laisse entendre qu'une telle compréhension des enjeux de la gouvernance dans des contextes complexes sous-tend déjà les stratégies de la mise en œuvre, du moins, par des acteurs au centre. Un autre corollaire de ce type d'évaluation est l'engagement actif et transparent de la part des évaluateurs, non pas en faveur de l'un ou l'autre groupe d'acteurs, mais en faveur de l'atteinte des objectifs de la politique (Chacon-Moscoso et al, 2002). C'est dans ce sens qu'on peut qualifier ce type d'évaluation de « formatrice » ou de

« catalysatrice » : elle intervient elle-même, de façon inévitable mais transparente, dans les processus de la mise en œuvre et par cela, influence la compréhension de ces processus par les acteurs clés et dès lors, leur comportement (Chacon-Moscoso et al, 2002). Bref, si l'évaluation va « poser un diagnostic identifiant les éléments qui peuvent sembler faciliter ou entraver la concrétisation des orientations » de la Politique et l'atteinte de ses objectifs (appel d'offres, p. 19), elle doit aussi faciliter directement l'atteinte des objectifs.

Les avantages de l'approche présentée ici sont triples. Elle permet une meilleure qualité du jugement qui sera porté sur la mise en œuvre de la politique puisque le jugement est construit à partir d'une multiplicité d'expériences; elle favorise l'apprentissage des acteurs sur le programme et l'évaluation et donc, elle facilite la mise en place de changements opérationnels (Baron et Monnier, 2003). Ces précisions sur l'approche de l'évaluation nous permettent de préciser les objectifs de l'évaluation précédemment évoqués :

- fournir une description valide et riche des processus reliés à l'implantation de la Politique et de leurs premières retombées, dans des secteurs et aux paliers divers, et tenant compte des perspectives différentes;
- déterminer dans quelle mesure les moyens adoptés par les acteurs clés sont conformes à l'esprit, aux fondements, aux principes et aux attentes exprimés dans la Politique;
- expliquer comment et pourquoi ces moyens favorisent (ou pas) la réalisation des objectifs généraux et spécifiques de la Politique, tenant compte des contraintes diverses posées par les contextes d'implantation;
- dégager les forces et faiblesses selon les contextes divers de la mise en œuvre et faire ressortir des *patterns* qui ressortent dans des conditions données;
- ouvrir des espaces de réflexion pour les acteurs dans des contextes sectoriels et intersectoriels afin de favoriser l'appropriation de la PRSAC par les premiers concernés, soient, les organismes communautaires (appel d'offres, p.2).

2 - Le plan de l'évaluation

Afin d'atteindre ces objectifs, le plan général de l'évaluation est celui des études de cas multiples. Les études de cas emploient des méthodes multiples afin de fournir une description et une compréhension profondes des processus à l'œuvre sur un site donné, en observant les phénomènes en rapport avec leur contexte (Yin, 2003). Selon Sanderson (2000), la clé de l'évaluation des systèmes de politiques complexes est l'analyse comparative des cas de la mise en œuvre dans des contextes et des circonstances différents.

Dans le cadre de cette évaluation, un « cas » est défini comme un champ d'action, constitué de réseaux distincts en interaction les uns avec les autres (réseaux de groupes d'action communautaire, réseaux de fonctionnaires, réseaux mixtes), concernés par un même enjeu. Un champ est donc en quelque sorte l'équivalent d'un secteur.

Chaque étude de cas est abordée selon un cadre d'analyse inspiré des théories de la gouvernance intersectorielle et multisectorielle, en d'autres mots, dans un contexte de complexité élevé. Ce cadre servira de guide pour la collecte de données et pour l'analyse de façon à permettre l'atteinte des objectifs précités. Il sensibilise les chercheurs, entre autres, aux questions suivantes :

- le contexte institutionnel, sectoriel et conjoncturel de chaque cas;
- les acteurs clés, leurs intérêts, traditions et identités et les rapports entre eux;
- la variété des diagnostics et interprétations qu'ils posent en lien avec la PRSAC;

- les objectifs et motifs, ressources et contraintes qui contribuent à rendre compte des stratégies mises en œuvre par les acteurs divers dans le cadre de l'implantation de la PRSAC;
- les outils qu'ils développent (par ex. les programmes et modalités d'attribution du soutien financier) et les processus enclenchés (par ex. la concertation, les transferts);
- les interactions de la mise en œuvre de la PRSAC avec d'autres programmes politiques;
- les premières retombées (par ex. impact sur la représentation ou les pratiques des groupes d'action communautaire).

C'est ainsi que l'évaluation pourra *expliquer* l'émergence des retombées prévues et non prévues, voulues et non voulues de la Politique. Pour une évaluation formative, l'explication est primordiale parce qu'elle permet aux acteurs de comprendre comment modifier leurs pratiques afin de produire des retombées voulues ou éviter des retombées non voulues. Elle permet également de constater que parfois des retombées sont plutôt issues des circonstances ou des conditions dans lesquels les actions s'insèrent et non des actions elles-mêmes.

3 - La démarche

Phase I - L'opérationnalisation de la PRSAC : septembre 2005 à janvier 2006

Cette phase est concernée par les activités des acteurs clés au centre (le SACA, Comité avisier, Comité interministériel, autres décideurs). Il s'agit du développement des connaissances sur les champs spécifiques dans lesquels se dérouleront les études de cas et sur des aspects du contexte plus large de la mise en œuvre.

Phase II - Études de cas : janvier 2006 - mai 2007

Les données pour les études de cas proviennent essentiellement des acteurs clés (fonctionnaires ministériels, représentants des regroupements nationaux), mais aussi des acteurs dans des instances régionales et locales lorsque cela est pertinent. Elles s'attacheront à l'étude de la pertinence et de l'efficacité des outils et structures de la mise en œuvre de la PRSAC, aux décisions prises aussi bien qu'à l'appropriation de ces outils et décisions par les bénéficiaires visés, fonctionnaires et organismes communautaires. Elles permettent d'évaluer les mesures prises en fonction des objectifs généraux (autonomie, financement, harmonisation, etc.) et spécifiques de la politique, de spécifier les enjeux particuliers à chaque champ et de dégager les premières retombées de la mise en œuvre. Les analyses documentaires ainsi que le recours à des entretiens individuels et de groupe constitueront les méthodes déployées à ce stade.

Les études de cas portent aussi sur la dynamique des rapports au sein d'un champ donné, entre les acteurs et réseaux divers, et sur leur rôle dans la mise en œuvre et dans la production des premières retombées, prévues ou imprévues. Elles favorisent le développement d'explications, par ex. : Comment expliquer les actions ou l'absence d'action, les avancements et les blocages, les décisions et les non-décisions dans des contextes divers, qui font en sorte que la progression est plus rapide dans certains secteurs que d'autres ? Qu'est-ce qui permet - ou empêche - l'émergence d'une vision partagée des objectifs et des moyens pour les réaliser, facilitant ainsi l'harmonisation des pratiques gouvernementales ? Le critère général d'évaluation de la qualité de la dynamique à l'œuvre au sein d'un champ sera le degré d'avancement vers des solutions perçues par l'ensemble des acteurs et bénéficiaires de la politique comme satisfaisantes (tout en reconnaissant que ce « standard » est idéal et non réalisable dans un sens absolu).

Enfin, les évaluateurs organisent, dans certains champs, une journée de réflexion réunissant une vingtaine d'acteurs considérés pertinents et les évaluateurs afin d'échanger sur les résultats préliminaires de l'étude de cas. L'objectif clé de cette journée est avant tout d'instruire des chercheurs. Elle consiste en des échanges d'informations entre les évaluateurs et un ensemble hétérogène d'acteurs d'un même champ. Ces rencontres serviront non seulement à accumuler ou partager des connaissances, mais aussi à stimuler la réflexion et la rétroaction de la part des acteurs dans l'esprit d'une évaluation formative et participative.

Plus précisément, dans l'étude de cas Santé et Services sociaux, nous avons suivi les étapes énoncées ci-dessous :

- Identification des acteurs du champ SSS par la constitution d'une cartographie, à usage interne, reflétant le plus fidèlement possible l'ensemble des acteurs et les rapports entre eux. Il s'agit d'un premier outil méthodologique qui permet d'identifier les acteurs à interviewer en fonction de leur positionnement dans la dynamique d'ensemble.
- Réalisation de 22 entrevues semi-dirigées et en profondeur avec les acteurs clés, dont 12 du côté communautaire et 10 du côté gouvernemental.
- Codification de l'ensemble des entrevues et du matériel documentaire à partir de la grille d'analyse du projet, à l'aide du logiciel N Vivo. Ce logiciel de traitement de données qualitatives augmente la validité de l'analyse en permettant un recours rapide aux extraits portant sur des sujets donnés dans l'ensemble des entrevues.
- Analyse documentaire des outils, processus et programmes mis en place par les acteurs du champ, en particulier les acteurs gouvernementaux. Analyse de toute autre documentation pertinente relative à la mise en œuvre de la Politique.
- Production d'un rapport préliminaire ayant fait l'objet d'une validation externe auprès de 8 acteurs gouvernementaux (dont 3 n'ayant pas été interviewés) et 5 acteurs communautaires (dont 2 n'ayant pas été interviewés).

Phase III - Analyses transversales : mai 2007 - octobre 2007

Cet exercice vise à généraliser les résultats au-delà d'un seul champ, tout en reconnaissant la diversité des modes de gouvernance développés à travers la mise en œuvre et à comprendre les premiers résultats pour les milieux gouvernementaux et communautaires. Cette dernière phase de l'évaluation consiste en des analyses inter-cas qui permettent de vérifier et d'approfondir la compréhension des enjeux transversaux à plusieurs champs d'application de la Politique.

4 - La diffusion des résultats

Les résultats de l'évaluation sont diffusés sous forme d'un ensemble de rapports d'étude de cas et rapports thématiques, ces derniers portant sur des enjeux transversaux qui touchent plusieurs champs de la mise en œuvre de la Politique.

Les résultats sont diffusés au fur et à la mesure qu'ils émergent. Ceci a pour conséquence que des rapports préliminaires sont souvent rendus disponibles afin de valider, préciser et approfondir les résultats en cours de route. Il s'agit de ce que nous appelons des « documents vivants » - qui se développent et s'améliorent dans le temps. Parfois, le processus de validation et de développement peut se dérouler dans un contexte interactif, par exemple dans le cadre de journées de réflexion. À d'autres moments, l'équipe fait appel à des acteurs divers pour relire et commenter leurs documents

de travail. Toute personne intéressée à contribuer ou voulant poser une question sur l'évaluation est invitée à communiquer avec l'équipe de recherche.

Des rapports sous une forme « finale » sont affichés sur le site Web de l'équipe d'évaluation et leur parution est annoncée aux acteurs clés concernés, communautaires et gouvernementaux. Ces acteurs peuvent procéder à une diffusion plus large de ces documents s'ils le trouvent pertinent. Les chercheurs se rendent disponibles pour échanger sur ces résultats avec des collectivités différentes qui peuvent le demander.

www.evalprsac.com

Annexe II : Organisation du réseau québécois de la Santé et des Services sociaux

Figure 1 : Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux



Source : MSSS

Annexe III : Présentation des principaux acteurs communautaires du champ SSS

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB)⁸⁷

En 1990, le gouvernement rend public son livre blanc intitulé *Une réforme axée sur le citoyen* et dépose, peu de temps après, le projet de loi 120. C'est à compter de cette date, qu'une douzaine de Regroupements d'organismes communautaires et bénévoles décident de se réunir sur une base plus régulière afin de se pencher sur ce projet de réforme et d'en analyser ses conséquences. La TRPOCB constitue aujourd'hui une large coalition formée des représentant-e-s de 30 regroupements d'organismes communautaires et bénévoles actifs à la grandeur du Québec. Chacune de ces organisations coordonne et représente un nombre variable d'organismes locaux, lesquels ont été mis sur pied autour d'une problématique sociale ou parce que s'intéressant à un secteur d'activité particulier relié au domaine de la santé et des services sociaux.

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) est avant tout un lieu de circulation d'information, de mobilisation, de réflexion et d'analyse. En plus d'assurer une concertation entre les différentes organisations qui en font partie, la Table se donne notamment pour mandat de développer des analyses critiques portant sur différents aspects entourant le système de santé et de services sociaux en général, de même que sur toute politique pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population. La Table des regroupements provinciaux des organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) a donc été mise sur pied, dans un premier temps, pour assurer une meilleure concertation entre les regroupements provinciaux existants sur les enjeux de la réforme de la santé et des services sociaux.

Au fil des ans, elle est aussi devenue un lieu de promotion du développement des organismes communautaires autonomes. La TRPOCB assure également les représentations politiques nécessaires auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, et ce, tout en respectant la spécificité et l'autonomie de chacun de ses membres.

LES OBJECTIFS DE LA TRPOCB

Les objets pour lesquels la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles a été constituée sont les suivants :

- Assurer la concertation entre les regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles dans le but de favoriser une participation critique du mouvement communautaire et bénévole à la réforme de la santé et des services sociaux et à ses suites ;
- Promouvoir la collaboration et la concertation avec les tables régionales d'organismes communautaires dans le même but ;
- Assurer la représentation politique auprès du gouvernement québécois et plus particulièrement du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Assurer une participation à des coalitions plus larges concernant le système de santé et de services sociaux et concernant l'ensemble du mouvement communautaire et bénévole ;
- Fournir des services d'information et de formation aux regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles et aux tables régionales d'organismes communautaires.

⁸⁷ Cette description est tirée du document de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, *Son origine, sa mission, ses objectifs et ses grandes revendications*, juin 1998 (mis à jour 2005), 21 pages.

- Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (**ACCESSS**)
- Alliance Québécoise des Regroupements régionaux pour l'Intégration des Personnes handicapées (**AQRIPH**)
- Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (**AGIDD-SMQ**)
- Association québécoise des centres communautaires pour aîné-e-s (**AQCCA**)
- Association canadienne pour la santé mentale - Division du Québec (**ACSM/division Québec**)
- Association québécoise de suicidologie (**AQS**)
- Association des ressources intervenant auprès des hommes violents (**ARIHV**)
- Association québécoise des banques alimentaires et des moissons (**AQBAM**)
- Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (**COCQ-SIDA**)
- Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (**COPHAN**)
- Fédération de ressources d'hébergement pour les femmes violentées et en difficulté du Québec
- Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec (**FAFMRQ**)
- Fédération des centres d'action bénévole du Québec (**FCABQ**)
- Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (**FFAPAMM**)
- Fédération des organismes communautaires et bénévoles d'aide et de soutien aux toxicomanes du Québec (**FOBAST**)
- Fédération québécoise des organismes communautaires famille (**FQOCF**)
- Fédération du Québec pour le planning des naissances (**FQPN**)
- Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer (**FQSA**)
- L'R des Centres de femmes du Québec
- Regroupement des auberges du cœur du Québec (**RACQ**)
- Regroupement des cuisines collectives du Québec (**RCCQ**)
- Regroupement des organismes Espace du Québec (**ROEQ**)
- Regroupement des maisons de jeunes du Québec (**RMJQ**)
- Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (**ROCAJQ**)
- Regroupement des organismes de justice alternative du Québec (**ROJAQ**)
- Regroupement Naissance-Renaissance
- Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale
- Regroupement québécois des **CALACS** (centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel)
- Regroupement québécois du parrainage civique (**RQPC**)
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (**RRASMQ**)
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (**RQASF**)

⁸⁸ Une mise à jour de la composition de la TRPOCB est actuellement en cours

La Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (CTROC)⁸⁹

La Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires et bénévoles (CTROC) a pour mission de regrouper les 16 TROC/ROCs du Québec afin de favoriser la collaboration, la concertation et l'échange, ceci dans une optique de soutien au développement des organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux (OCASSS). Seules les régions du Nunavik et des Terres-cries-de-la-Baie-James n'ont pas vu la mise sur pied d'une TROC/ROC.

La Coalition des TROC existe depuis 1995. Toutefois, elle s'est incorporée officiellement le 8 février 2000. Elle parle au nom des 2 800 organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux du Québec. Elle est un lieu d'analyse et d'action sociale et politique et permet aux organismes communautaires en santé et services sociaux, tous secteurs d'intervention confondus, d'avoir une instance nationale qui fait la promotion et défend leurs intérêts et ceux des populations avec lesquelles ils interviennent.

Depuis l'adoption de la loi 120, les TROC/ROCs se sont grandement investis comme interlocuteurs privilégiés et incontournables auprès des régies régionales et maintenant des Agences. Elles ont proposé des solutions aux nombreuses transformations du réseau : elles ont participé à de multiples consultations, ont siégé à des instances de concertation, ont collaboré à la mise en œuvre régionale du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), etc., et ce, pour représenter et défendre les besoins des OCASSS, mais surtout les besoins exprimés par des citoyennes et des citoyens de toutes les régions du Québec.

La Coalition des TROC exerce essentiellement ce même rôle auprès de ses membres depuis les 10 dernières années. La Coalition des TROC est un lieu d'analyses et d'actions sociales et politiques, notamment en regard de l'organisation liée au réseau public de la santé et des services sociaux et de ses impacts sur la population et sur les organismes communautaires en santé et services sociaux. Elle permet à ces organismes de tous les secteurs d'interventions confondus d'avoir une instance nationale qui fait la promotion et défend leurs intérêts et ceux des populations avec lesquelles ils interviennent de façon multisectorielle dans le domaine qui la concerne.

La CTROC est reconnue comme une interlocutrice importante du MSSS. Et en tant que regroupement des 16 TROC/ROCs, elle est bien enracinée dans les réalités et besoins des différentes régions.

LES OBJECTIFS DE LA CTROC

Par leur adhésion et leur implication à la Coalition des Tables régionales d'organismes communautaires (TROC), les TROC poursuivent les objectifs suivants :

développer la solidarité interrégionale et le sentiment d'appartenance travailler dans un climat d'ouverture, de respect, de tolérance, de franchise et favoriser l'expression libre de toutes opinions obtenir, au niveau provincial, la reconnaissance de la Coalition comme interlocutrice et représentante incontournable des organismes communautaires autonomes intervenant en santé et services sociaux.

Par leur adhésion et leur implication à la Coalition des TROC, les **TROC** développent une vision commune des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux et se définissent comme constituant d'un mouvement social autonome d'intérêt public engagé :

⁸⁹ <http://www.ctroc.org>, visité le 15 avril 2007.

dans les actions et les luttes quotidiennes contre la pauvreté et l'appauvrissement, la discrimination, l'oppression, et pour la justice sociale et l'égalité, ainsi que pour l'amélioration du tissu social et de la qualité de vie, et ce, dans un optique d'adaptation constante aux besoins pressentis dans la communauté dans les actions et les luttes sociales et politiques visant la transformation sociale, le développement durable et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes dans la création d'espaces démocratiques (démocratisation de nos lieux d'existence et des lieux de pouvoir) et la revitalisation constante de la société civile.

En ce sens, la Coalition des TROCs reconnaît que les individus et les collectivités doivent pouvoir s'approprier l'identification des situations problématiques, la recherche et l'application de solutions concrètes et adaptées, démarche qui se doit d'être liée à une responsabilité collective.

Par leur adhésion et leur implication à la Coalition, *les TROCs interviennent pour* :

situer les enjeux politiques vers l'atteinte d'une justice sociale, d'une société démocratique, égalitaire et équitable défendre et promouvoir la reconnaissance et le financement des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux faire reconnaître l'apport des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population assurer une présence dans les lieux stratégiques nationaux.

LES MEMBRES DE LA CTROC

Région

Nom de la TROC

- | | |
|--|---------------------|
| • 01-Bas St-Laurent : | MAC- Bas St-Laurent |
| • 02- Saguenay -Lac St-Jean : | TROC-02 |
| • 03- Québec : | ROC-03 |
| • 04- Mauricie- Centre du Québec : | TROC-CQ-M |
| • 05- Estrie : | ROC de l'Estrie |
| • 06- Montréal : | RIOCM |
| • 07- Outaouais : | TROCAO |
| • 08- Abitibi -Témiscamingue : | CROC-AT |
| • 09- Côte-Nord : | TCROCBCN |
| • 10- Nord du Québec : | TROC-10 |
| • 11- Gaspésie -Îles de la Madeleine : | ROC-GÎM |
| • 12- Chaudière- Appalaches : | TROCCA |
| • 13- Laval : | CDC de Laval |
| • 14- Lanaudière : | TROCL |
| • 15- Laurentides : | ROCL |
| • 16- Montérégie : | TROC Montérégie |

Annexe IV : Évolution du soutien financier du MSSS

**Tableau 2 : Évolution du soutien financier du MSSS selon les trois modes
2001-2002 à 2005-2006**

	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Mission globale	192 550 542 \$ (75,9 %)	226 329 485 \$ (78,1 %)	265 320 693 \$ (81,0 %)	268 661 793 \$ (80,0 %)	293 879 946 \$ (83,4 %)
Ententes de service	50 218 119 \$ (19,8 %)	50 663 041 \$ (17,5 %)	48 074 432 \$ (14,7 %)	50 042 982 \$ (14,9 %)	47 480 455 \$ (13,5 %)
Projets ponctuels	10 927 392 \$ (4,3 %)	12 934 998 \$ (4,4 %)	14 101 934 \$ (4,3 %)	17 014 505 \$ (5,1 %)	11 206 559 \$ (3,2 %)
Total	253 696 053 \$	289 927 524 \$	327 497 059 \$	335 719 280 \$	352 566 960 \$

Source : SACA, *État de situation de l'intervention gouvernementale en matière d'action communautaire* (annuel).

**Figure 2: Graphique de l'évolution du soutien financier gouvernemental selon les
trois modes 2001-2002 à 2005-2006**

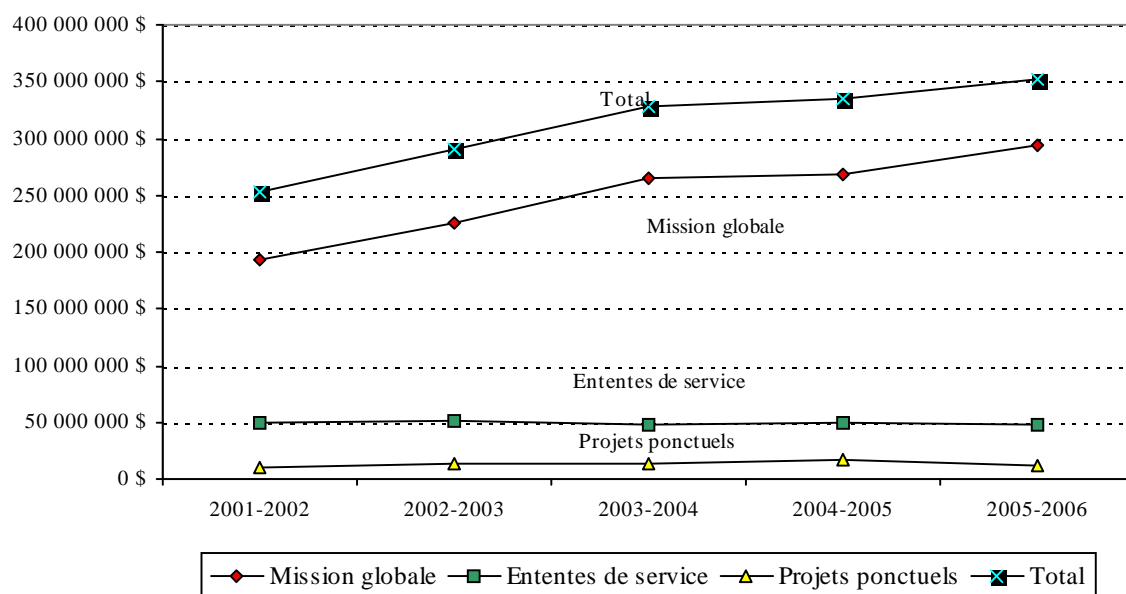
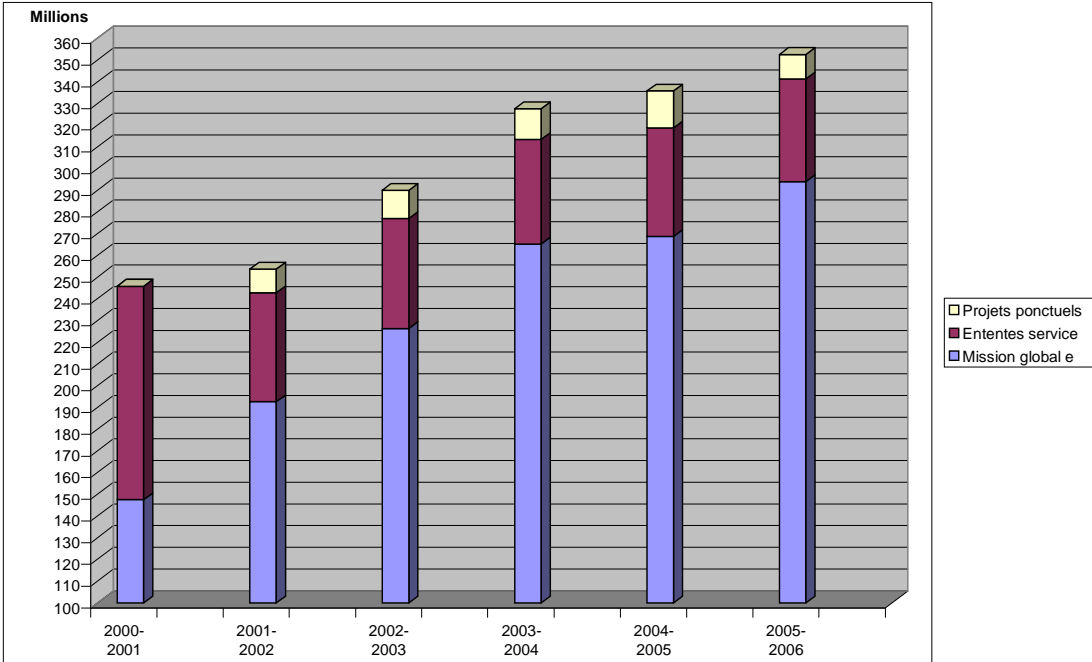
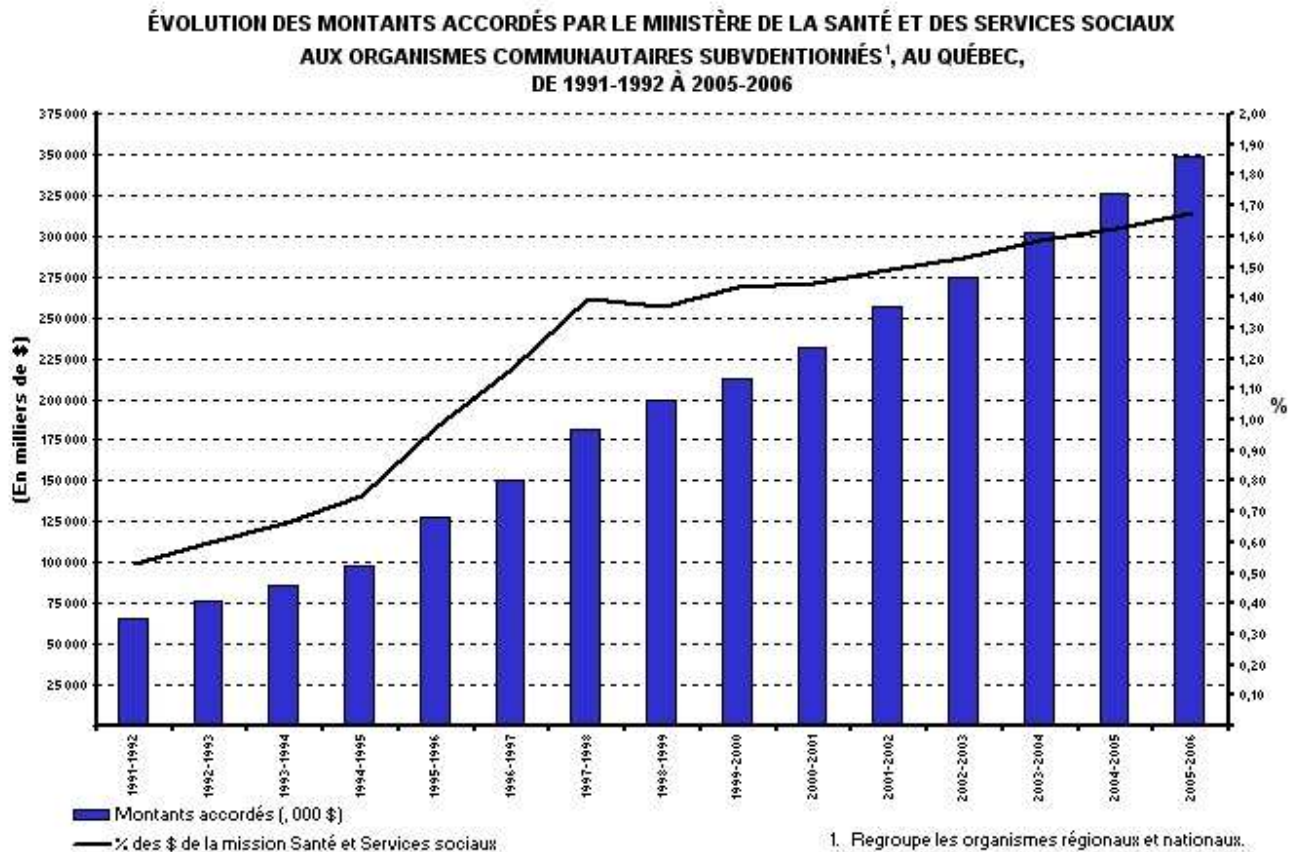


Figure 3 : Diagramme de l'évolution du financement alloué par le MSSS selon les trois modes 2001-2002 à 2005-2006



**Figure 4 : Évolution du soutien financier du MSSS
1991-1992 à 2005-2006**

Bien que nous n'ayons pu obtenir les données selon les trois modes de financement pour les années antérieures à 2001, nous avons pu obtenir les chiffres sur l'évolution des montants accordés aux OC par le MSSS à partir de 1991- 1992.



Source : Système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R), Service des activités communautaires, DGSS, MSSS.

MSSS, SDI, juillet 2006.

Source : Service du développement de l'information (SDI), MSSS, disponible à l'adresse suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/stats_sss/index.php?id=140,107,0,0,1,0 (consulté le 14 juin 2007).

Documents consultés pour l'étude de cas « SSS »

COALITION DES TABLES RÉGIONALES D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES (CTROCS) (2005) *Politique de reconnaissance et de financement en appui à la mission globale des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux. Proposition d'harmonisation des pratiques administratives en regard du Programme de soutien aux organismes communautaires*, 25 pages.

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ, RIOC- TRPOCB (2004) *Le mouvement communautaire autonome: mouvement citoyen d'intérêt public ou composante du réseau public ?* Notes de recherches.

COMITÉ AVISEUR DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME (2007) *Avis concernant l'état de situation de l'intervention gouvernementale en matière d'action communautaire*, Édition 2005-2006.

COMITÉ AVISEUR (2007) *Bulletin # 5 du Congrès d'orientation d'octobre 2006 Agir ensemble* Texte des résolutions adoptées. 24 mai 2007.

COMITÉ AVISEUR *Nouvelles du ComAvis* : <<http://www.comavis-aca.org/>>, de 21 décembre 2000 à Mai 2007.

COMITÉ AVISEUR (2006) *Congrès d'orientation du Comité aviseur de l'action communautaire autonome, 23 et 24 octobre 2006, Cahier des orientations*, 30 novembre.

COMITÉ AVISEUR (2006) *Rapport narratif et financier des activités du Comité aviseur de l'action communautaire autonome pour l'exercice 2005-2006*.

COMITÉ AVISEUR (2004) *Analyse du Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire et du Cadre de référence en matière d'action communautaire*, Montréal : Comité aviseur de l'action communautaire autonome du Québec.

COMITÉ AVISEUR (2003) *Avis du Comité aviseur concernant le cadre de référence sur les balises nationales de la politique gouvernementale sur l'action communautaire*, Montréal.

COMITÉ AVISEUR (2003) *Avis en vue de l'élaboration du plan d'action gouvernemental sur l'action communautaire*, 1^{er} octobre.

COMITÉ AVISEUR (2002) *Avis concernant le document de travail préparé par le SACA sur les programmes de soutien financier du Fonds d'aide à l'action communautaire autonome pour l'année 2002-2003*, 21 février.

COMITÉ AVISEUR (2002) *Rapport d'activités du Comité aviseur de l'action communautaire autonome du 1er avril 2001 au 31 mars 2002*, 13 pages : <http://www.comavis-aca.org/arch_docavis/docavis_2002/rapport_activites_2001-2002.pdf>.

COMITÉ AVISEUR (2002) *Avis du Comité aviseur concernant la consultation sur les transferts des organismes d'action communautaire autonome*, Montréal.

COMITÉ AVISEUR (2001) *Procès-verbal de la troisième rencontre nationale du mouvement communautaire autonome*, 29 et 30 mai.

COMITÉ AVISEUR (2001) *Avis du Comité aviseur concernant le document de travail du 12 avril 2001 sur le projet de politique gouvernementale « L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec »*, Montréal.

COMITÉ AVISEUR (1998) *Déclaration des organismes d'action communautaire autonome*, Montréal.

COMITÉ AVISEUR DU SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME (SACA) (1997) *Nouvelles du Comité aviseur*.

COMITÉ AVISEUR DU SACA(1996) *Recommandations d'ensemble* « Pour la reconnaissance et le financement de l'action communautaire autonome ».

DAVID, F. et coll. (1991) *La réforme Lavoie-Roux/Côté : entre la vertu et la pratique... tout un océan d'incertitudes : document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux*. L'R des centres de femmes du Québec; Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 46 pages, <http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/2005_05_0528.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007) *Cadre de référence sur les modes de financement du PSOC*. Document soumis à la consultation auprès des acteurs gouvernementaux et communautaires.

MSSS (2006) « Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services », Gouvernement du Québec.

MSSS (Juin 2006) « Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services », Gouvernement du Québec, 15 pages.

MSSS, Rapport du comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec (Rapport Ménard) (2005) « Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations » : <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/9990d07f20130db985256dce00553853/64c72c156bde9f788525704c005dd65a?OpenDocument>>, (consulté le 14 juin 2007).

MSSS (2004) « Organismes communautaires. Les ententes à convenir avec les instances locales ». Gouvernement du Québec, 5 pages.

MSSS (2002) « Plan d'action du Ministère de la Santé et des Services sociaux au regard de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire ». Gouvernement du Québec, 52 pages.

MSSS (1997) *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles*. Une évaluation respectueuse des organismes communautaires et bénévoles implique un processus de négociation. Gouvernement du Québec.

Rapport du comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec (Rapport Ménard) (2005) « Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre les générations. » <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/9990d07f20130db985256dce00553853/64c72c156bde9f788525704c005dd65a?OpenDocument>>, (consulté le 14 juin 2007).

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME (RQ-ACA), *ACApella* : <<http://www.comavis-aca.org/>>, Juin 2007, Octobre 2007, Décembre 2007, Février 2008.

SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME ET AUX INITIATIVES SOCIALES (SACAIS) (annuel) Portrait du soutien financier gouvernemental versé aux organismes communautaires. Version 2006-2007 disponible en ligne : <http://www.mess.gouv.qc.ca/saca/soutien-financier/soutien_gouvernemental/repertoires/portrait-du-soutien-financier.asp>.

SACAIS (annuel) *État de situation de l'intervention gouvernementale en matière d'action communautaire*, Gouvernement du Québec.

SACAIS (annuel) Répertoire des programmes gouvernementaux : <http://www.mess.gouv.qc.ca/saca/soutien-financier/soutien_gouvernemental/repertoires/programmes-gouvernementaux.asp>.

SACAIS (annuel) Répertoire des subventions versées par le SACAIS : <http://www.mess.gouv.qc.ca/saca/soutien-financier/soutien_sacais.asp>.

SACAIS (annuel) Soutien financier du MESS : <http://www.mess.gouv.qc.ca/saca/soutien-financier/soutien_sacais/mess/index.asp>.

SACAIS, Bulletins d'information sur la politique gouvernementale *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Gouvernement du Québec, 22 mars 2002 (Vol. 1 (1)) à mars 2008 (vol. 5 (2)), <<http://www.mess.gouv.qc.ca/saca/action-communautaire/bulletins.asp>>.

SACAIS, Bulletin SACAction.com, Gouvernement du Québec, juin 2003 (Vol. 1 (1)) à mars 2008 (vol. 3 (2)), <<http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/sacaction/index.asp>>.

SACAIS (2006) Profils régionaux - Soutien financier du gouvernement du Québec en matière communautaire <http://www.mess.gouv.qc.ca/saca/action-communautaire/profils_regionaux/index.asp>.

SACAIS (2006) *Organismes non conformes DDD*, document de travail présenté à la réunion du comité défense collective des droits, 14 novembre.

SACA (2004) *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*. Gouvernement du Québec.

SACA (2004) *Cadre de référence en matière d'action communautaire*. Gouvernement du Québec.

SACA (2001) *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Gouvernement du Québec.

SACA (2001) *Plan de mise en œuvre de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Gouvernement du Québec.

SERVICE DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (MSSS) (1986) *Les organismes communautaires : réflexions sur les enjeux actuels et à venir*. Mémoire présenté par le personnel du SSOC du Ministère de la santé et des services sociaux lors des audiences de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon).

SYNOPSIS (2002) *Portrait des interactions des Régies régionales et du MSSS avec les organismes communautaires. Synthèse des cadres de référence et des pratiques*. Conseil en gestion Inc., 81 pages.

Principaux sites web consultés

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- 01- Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :
<<http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca>>.
- 02- Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean :
<<http://www.santesaglac.gouv.qc.ca/>>.
- 03- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale :
<<http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/projet/index.html>>.
- 04- Agence de la santé et des services sociaux de Mauricie et Centre-du-Québec :
<<http://www.agencesss04.qc.ca/consultation/>>.
- 05- Agence de la santé et des services sociaux de l’Estrie :
<<http://www.santeestrie.qc.ca/agence/>>.
- 06- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal :
<<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/>>.
- 07- Agence de la santé et des services sociaux de l’Outaouais : <<http://www.rrsss07.gouv.qc.ca/>>.
- 08- Agence de la santé et des services sociaux de l’Abitibi-Témiscamingue : <www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca>.
- 09- Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord :
<<http://www.rrsss09.gouv.qc.ca/>>.
- 11- Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-madeleine :
<www.agencesss11.gouv.qc.ca>.
- 12- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches :
<<http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/>>.
- 13- Agence de la santé et des services sociaux de Laval :
<http://www.sssslaval.gouv.qc.ca/10_/10_01.htm>.
- 14- Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière :
<<http://www.agencelanaudiere.qc.ca/asss/Pages/default.aspx>>.
- 15- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides :
<<http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/>>.
- 16- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie :
<<http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/gouverne/index.html>>.
- 17- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik :
<www.rrsss17.gouv.qc.ca>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) : <<http://www.msss.gouv.qc.ca/>>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme de soutien aux organismes communautaires :<http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=3879&table=0>.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME (RQ-ACA) : <<http://www.comavis-aca.org/>>.

SECRETARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME ET AUX INITIATIVES SOCIALES (SACAIS) : <<http://www.mess.gouv.qc.ca/saca/>>.

TABLE NATIONALE DES CDC : <<http://www.tncdc.qc.ca/>>

TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES (TRPOCB) : <<http://trpocb.typepad.com/>>.

Bibliographie

BOURQUE, D. (2004) *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires*. CÉRIS.

BOURQUE et MOISAN-TRAHAN (2006)
http://www.larepps.uqam.ca/publications/pdf_transversal/cahier06_08.pdf

CHEN, Huey-Tsyh. 1990. *Theory-Driven Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

COMITÉ AVISEUR DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME (2007) Bulletin # 5 du Congrès d'orientation d'octobre 2006 *Agir ensemble* Texte des résolutions adoptées. 24 mai 2007.

CORIN, E., BIBEAU, G., MARTIN, J-C., LAPLANTE, R. (1990) *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal. Les Presses de l'Université de Montréal

FAVREAU (1989) *Mouvement populaire et intervention communautaire De 1960 à nos jours. Continuités et ruptures*. Le Centre de formation populaire. Les Éditions du Fleuve. Alternatives.

FOURNIER ET AL. (2001) « La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux », *NPS*, 14 (1) :111-131.

GUAY, L. (1991). « Le choc des cultures : bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en santé mentale », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4 (2), 43-56.

JETTÉ, C. (2007) « Les rapports entre l'État et les groupes communautaires : la construction d'une reconnaissance ambiguë 1990-2007 ». *Le tour d'y voir. Édition spéciale 10e anniversaire* 6-15.

JETTÉ, C. (2005) *Le programme de soutien aux organismes communautaires du ministère de la santé et des services sociaux : une forme institutionnelle structurante du modèle québécois de développement social. 1971-2001*. Thèse de doctorat en sociologie présentée à l'UQAM.

LAMOUREUX, J. (1994) *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal. Les éditions Albert Saint-Martin.

LAROSE, G. (2000) Proposition de politique de soutien et de reconnaissance de l'action communautaire : *Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec*, Rapport de la consultation publique présenté au ministre de la solidarité sociale, André Boisclair, (6 novembre 2000).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. Entente administrative entre la ministre de l'emploi et de la solidarité sociale, Mme Michelle Courchesne, et le ministre de la santé et des services sociaux, M. Philippe Couillard, Novembre 2006.

PARAZELLI, M. (1994) « La coalition des organismes communautaires du Québec (1985-1991) : d'une pratique démocratique à un mimétisme adhocratique » *Nouvelles pratiques sociales*, Vol 7 (1) : 111-130.

PATTON, M. Q. (1997) *Utilization-Focused Evaluation*, 3rd Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

PERRET, B. (2001) *L'évaluation des politiques publiques*. Paris : Éditions La Découverte.

PROULX, J. (1997) *Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires dans le cadre de la Loi 120 : l'enjeu de la complémentarité*, Mémoire de Maîtrise, Québec, Université Laval, 202 pages.

PROULX, J. (1995) *Les épreuves et les défis du partenariat : bilan de la participation des organismes communautaires à la réforme de la santé et des services sociaux*. Table des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (secteur de la santé et des services sociaux).

FONDS QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SUR LA SOCIÉTÉ ET LA CULTURE, SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE (2004) *Appel d'offres pour une évaluation portant sur La politique gouvernementale en matière d'action communautaire : mise en œuvre et premières retombées*. Québec : Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.

SANDERSON, I (2000) «Evaluation in complex policy systems». *Evaluation*, 6 (4): 433-454.

STAME, Nicoletta. 2004. «Theory-based evaluation and types of complexity». *Evaluation* 10 (1): 58-76.

THOENIG, Jean-Claude. 2000. «Evaluation as Usable Knowledge for Public Management Reforms». *Evaluation* 6 (2): 217-229.

WEISS, Carol H. 1998. *Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies*, 2nd edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

YIN, Robert K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*, 3rd Edition. Newbury Park, CA: Sage.