Document generated on 10/12/2024 2:25 a.m.

Nouvelles pratiques sociales

Quand le local et le social sont menacés en CLSC : le défi de maintenir le cap sur la prévention

Une entrevue avec Michel Asselin, directeur général du CLSC La Pommeraie, Doris Baril et Michelle Laverdure, directrice générale du CLSC St-Hubert

Lucie Fréchette

Volume 9, Number 2, Fall 1996

Résurgence du social en prévention

URI: https://id.erudit.org/iderudit/301363ar
DOI: https://doi.org/10.7202/301363ar

See table of contents

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec

ISSN

0843-4468 (print)
1703-9312 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Fréchette, L. (1996). Quand le local et le social sont menacés en CLSC : le défi de maintenir le cap sur la prévention : une entrevue avec Michel Asselin, directeur général du CLSC La Pommeraie, Doris Baril et Michelle Laverdure, directrice générale du CLSC St-Hubert. *Nouvelles pratiques sociales*, *9*(2), 3–15. https://doi.org/10.7202/301363ar

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université du Québec, 1996

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Quand le local et le social sont menacés en CLSC : le défi de maintenir le cap sur la prévention

Une entrevue avec Michel Asselin
Directeur général du CLSC La Pommeraie
Doris Baril[1]
Michelle Laverdure
Directrice générale du CLSC St-Hubert

Lucie FRÉCHETTE
Professeure
Département de travail social
Université du Québec à Hull

Au cours des années 1970, le Québec a amorcé un mouvement novateur de jumelage de la santé et des services sociaux, et ce sont les CLSC qui ont eu à relever ce défi. De plus, dès leur création, les CLSC ont été investis de la mission de la prévention. Dans ce contexte, il aurait été limitatif de circonscrire les pratiques préventives à la seule prévention en santé telle que l'avaient pratiquée les unités sanitaires de l'époque. Le CLSC se connectait à l'ensemble des besoins de la communauté locale ou du territoire

1. Au moment de l'entrevue, Doris Baril était « directeure » générale du CLSC La Presqu'Île. Elle a coordonné l'organisation et la logistique ayant permis de réaliser cette entrevue. Lucie Fréchette a recueilli les propos et en a effectué la mise en forme.

qu'il desservait et envisageait sa mission sociale de façon large en y incluant la lutte contre la pauvreté et l'organisation sociale et politique de sa communauté. La prévention, quoique le terme n'ait pas toujours été couramment utilisé au cours des 25 années suivantes, y trouverait un terrain fertile pour s'épanouir.

Les CLSC ont donc pris, dès leur début, un caractère de proximité avec la population locale. En premier lieu, leur nombre (on en planifiait 166 au Québec) et leur répartition géographique en témoignaient. À cela s'est ajoutée la façon dont les CLSC ont tenté de s'intégrer dans la dynamique sociale des milieux tout en s'acquittant de leur mission de service de première ligne. Leur enracinement local et le leadership social auquel ils aspiraient les ont rapidement centrés sur les personnes les plus démunies et sur les problématiques de pauvreté et de désorganisation sociale de leurs milieux respectifs. Œuvrer à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens ne pouvait que passer par un travail sur ce que l'on appelle aujourd'hui « les déterminants de la santé ». Les CLSC, outre les services courants qu'ils dispensaient, ont pris tout leur sens dans la dimension préventive de leur mission et dans leur contribution au développement local.

Les CLSC n'ont pas toujours navigué en eaux calmes et leur histoire, si courte soit-elle, est jalonnée d'enquêtes, de rapports et de modifications législatives parfois accompagnés de secousses existentielles menaçantes. Le Rapport Brunet (1987) annonçait déjà un certain contexte de réduction de la réponse de l'État aux besoins sociosanitaires de la population. Les CLSC y ont subi un rétrécissement de leur marge de manœuvre et on a imposé des balises à plusieurs de leurs programmes : ils y ont survécu. La Commission Rochon (1988) après avoir examiné le réseau de la santé et des affaires sociales sous divers angles émet toutefois discrètement le souhait qu'on laisse aux CLSC une plus grande latitude quant à la création de programmes précis et locaux. Puis, arrive la réforme Côté (1990-1991) qui affirme vouloir remettre le citoyen au centre de la réforme. Mais avec les années, le contrôle de l'État se resserre. Finalement, un grand coup de barre est donné avec le « virage ambulatoire » en santé dont les effets se font ressentir dans les CLSC à plus d'un chapitre.

Les CLSC naviguent donc encore une fois en eaux troubles et doivent s'adapter à de nouvelles réformes tout en étant invités à participer à la réduction des dépenses publiques en matière de santé et de services sociaux. Dans ce cadre, on peut se demander si la mission préventive des CLSC est encore au programme de ces établissements. On voit actuellement dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux des mouvements de reconfiguration dans lesquels les CLSC sont engagés, le plus souvent indépendamment de leur volonté. Plus de 50 % des CLSC ne sont déjà plus les établissements qu'ils étaient et subissent le contrecoup des fusions d'établissements à vocations multiples. Le cap est difficile à maintenir, et les directeurs généraux, un peu à la manière de pilotes, tentent de tenir la barre et de traverser cette nouvelle tempête. C'est dans ce contexte que trois directrices et

directeur de la Montérégie ont accepté à l'été 1996 de partager leurs préoccupations avec les lecteurs de *Nouvelles pratiques sociales*. Michèle Laverdure est directrice générale du CLSC St-Hubert et, jusqu'à l'été 1996, elle siégeait à l'exécutif de la Fédération des CLSC. Doris Baril est directrice générale du CLSC La Presqu'Île. Elle coanimait un atelier sur la prévention sociale au dernier congrès de la Fédération des CLSC. Michel Asselin est aujourd'hui directeur général du CLSC La Pommeraie, après avoir occupé le poste de directeur général du CLSC de Matane pendant vingt ans. Ils nous font part de leur réflexion sur l'évolution actuelle des CLSC en matière de prévention sociale.

NPS – *La prévention est intimement liée au contexte d'appauvrissement et de pauvreté. Les CLSC se considèrent-ils comme des dispensaires offrant des services de santé et des services sociaux aux gens affectés par les effets de la pauvreté ou misent-ils encore sur leur dynamisme pour contrer l'appauvrissement ? Peut-on dire qu'ils sont au cœur d'un dilemme mettant en jeu l'urgence et la prévention ?*

On retrouve encore assez souvent dans nos CLSC deux grands courants de pratique en travail social. D'une part, une pratique plus traditionnelle où l'approche est plus clinique. On y a développé des habiletés particulières pour l'accueil des clientèles et la transaction avec les problèmes éprouvés par les personnes ou par leur famille. D'autre part, on retrouve des pratiques d'organisation communautaire. Dans les CLSC plus anciens, ces modes d'intervention se sont peut-être un peu trop cristallisés. Chez les intervenants, les uns sont plus à l'aise avec les individus et les autres investissent plus auprès des organismes de la communauté. Quand il est question de renouveler les pratiques ou de modifier les modes de prestation des services, les tenants des deux tendances se sentent déstabilisés et entretiennent une certaine nostalgie du passé. Retrouver l'énergie et le goût pour aller au devant des gens dans une perspective de prévention est un défi pour les plus « cliniques ». Déceler comment revitaliser l'organisation des gens en milieu fragilisé en tenant compte des nouvelles dynamiques des individus est un défi pour les « communautaires ». Il existe, bien sûr, ce qu'on appelle « l'approche communautaire », mais les intervenants ont de la difficulté à mettre des réalisations ou des mots là-dessus. L'amalgame du communautaire et de l'individuel est en voie de renouvellement, et on a encore de la difficulté à bien cerner et à bien nommer les stratégies par lesquelles on pourrait s'engager dans cette voie. Des exemples peuvent peut-être mieux illustrer la situation où ce qui est clinique n'est pas l'apanage du travailleur social « appellation contrôlée » et ce qui est communautaire, propriété de l'OC.

Les cuisines collectives et les programmes OLO sont des exemples d'interventions où l'on doit à la fois tenir compte des personnes, de leur

contexte de vie et du milieu social ambiant. C'est là où les cliniciens et les communautaires se rejoignent dans leurs intérêts et leurs préoccupations. On se rend compte avec les nouvelles formes de pauvreté et avec l'appauvrissement de certains milieux, qu'il faut aller vers les clientèles et, en même temps, travailler sur les racines de la pauvreté. Par exemple, dans mon CLSC, à Saint-Hubert, une organisatrice communautaire approfondit réellement la réflexion sur la pauvreté. Cela pourrait faire peur à certains et leur donner à penser qu'on veut retourner à l'époque où ces questions et les actions qui leur étaient associées étaient politisées plus radicalement qu'aujourd'hui. Mais il ne s'agit pas de cela. Cette organisatrice communautaire décortique et analyse la pauvreté dans notre milieu de façon à en faire profiter ses collègues et l'ensemble du CLSC. Elle offre de la documentation et de la formation à travers des discussions avec les uns et les autres. Se réapproprier une analyse actualisée de la pauvreté est une affaire de longue haleine pour un CLSC et ça ne se fait pas en deux mois. Le conseil d'administration et la direction doivent aussi y être sensibilisés.

La réflexion sur la pauvreté et même le simple constat de l'appauvrissement de larges pans de nos milieux doivent aussi modifier nos pratiques. Ainsi, il me semble que du côté communautaire, un des défis de l'heure n'est plus de stimuler la création de groupes communautaires, mais de favoriser la concertation et la liaison de nouveaux partenaires. Je songe ici à la nécessité de déborder de l'univers de la santé et des services sociaux pour rejoindre le conseil municipal, la commission scolaire ou des groupes communautaires en emploi. De nouvelles tables de partenaires se forment et cela semble prometteur ; ce n'est toutefois pas exempt de toutes difficultés. Un peu comme chez les intervenants de CLSC, on retrouve dans les organismes communautaires des visions et des analyses différentes ainsi que des intentions d'interventions qui divergent. Il y a des chasses gardées et des terrains où les sensibilités s'affrontent.

Toutefois, le discours sur la pauvreté rejoint tout le monde dans les CLSC et dans le secteur communautaire, et il faut prendre le temps de dégager de nouvelles façons d'enrichir les pratiques sociales et de santé. Faire cela dans un contexte de restrictions budgétaires rend l'entreprise fort complexe.

NPS – *En dépit de ce contexte de restrictions budgétaires, des organisations et des intervenants innovent encore. Comment s'y prennent-ils? Comment se donnent-ils une marge de manœuvre?*

La capacité d'innover dépend d'abord de l'intervenant et ensuite du contexte organisationnel. Il y en a qui, contre vents et marées, demeurent des innovateurs, des développeurs. Le contexte local de plusieurs CLSC ne rend, cependant, pas la chose facile. Le jeune fraîchement sorti de

l'université avec l'enthousiasme et le sens de la créativité peut avoir à affronter l'inertie de certains intervenants usés par l'alourdissement des tâches et des demandes. Par contre, il existe encore des CLSC où une large part du personnel a toujours le feu sacré pour travailler au changement social et à l'amélioration des conditions d'existence dans leur milieu.

Le plus gros empêchement à l'innovation semble se situer à un niveau plus « macro ». J'entends par là que cela dépasse la volonté propre de chaque CLSC. Par exemple, en Montérégie, les mandats qui sont définis sur le plan régional tiennent beaucoup plus de la réponse immédiate à des problèmes de santé et sont de l'ordre du curatif. Les CLSC se sentent « siphonnés » pour ce qui est de leur mission sociale. Les conseils d'administration et les directions de CLSC se sentent pris au piège et ont de la difficulté à imaginer comment ils pourront, à l'avenir, maintenir en CLSC un équilibre entre les services de santé et les services sociaux. Alors penser à innover et à développer est loin du registre de nos préoccupations, quand les régies régionales ont les yeux braqués sur les services curatifs à réorganiser peu importe ce qu'il en coûtera du côté des services sociaux.

Plusieurs DG de CLSC réagissent, d'ailleurs, fortement à ce tournant qu'ils se sentent obligés de prendre. Ils ressentent durement ce divorce entre le discours et les choix politiques et financiers qui sont faits. Le discours est centré sur la réforme de la santé. Même si la lecture proposée du redressement de l'état de santé de la population est une lecture essentiellement sociale, même si tous conviennent de la prépondérance actuelle des problèmes sociaux (appauvrissement, chômage, etc.), lorsque vient le temps de répartir les ressources disponibles et de planifier les efforts requis, une polarisation apparaît bien vite. Le discours laisse croire qu'il faut innover en redéployant nos efforts du côté des déterminants sociaux de la santé. La pratique nous impose des carcans où le renouvellement des pratiques semble devoir s'effectuer malgré les dispositifs administratifs actuels.

Mon analyse m'amène à penser que, même au Québec, le courant de droite commence à faire des ravages. Les CLSC deviennent vulnérables. Le discours de la rationalité économique est si souvent servi que les DG sont tiraillés entre leur sens des responsabilités à l'égard de la gestion des fonds publics et leur analyse des facteurs aggravant l'état de santé et la qualité de vie de la population locale. Les DG sont saturés de discours où les messages qui leur sont adressés indiquent que leurs établissements coûtent cher et qu'il faut réduire les dépenses ou le nombre de CLSC. Pour ne pas se sentir complètement submergé et se tenir debout, il faut sans cesse se rappeler en mémoire qu'il s'agit là d'une pression exercée par le courant néolibéral et sa vision des choses. D'ailleurs, comme DG, je crois qu'il faut

sensibiliser l'ensemble de notre institution à cette réalité. Un DG seul ne peut contrer astucieusement ce courant ; ses meilleurs appuis sont ses intervenants, son CA et ses partenaires dans la communauté. Tant qu'on n'a pas adopté cette grille d'analyse, on se sent chaque jour un peu plus coincé par cet état d'urgence dans lequel on nous place sans nous laisser le choix des moyens pour tenter de résoudre les difficultés actuelles.

Cette grille d'analyse nous donne un peu plus de prise sur la réalité et nous recentre sur notre mission sur le plan local. La tendance dans le discours de droite est de tout décrire en termes de problèmes « macro » et d'essayer de faire croire que la solution en est une d'ensemble qui doit être appliquée uniformément. Les effets s'en font ressentir au local. La privatisation excessive et la gestion par grands ensembles font que dans des municipalités les petits bureaux de poste ferment, certains services publics dont les plus modestes ne sont plus maintenus, etc. Les effets de dévitalisation des communautés ne sont pas pris en compte. Et un CLSC est un petit service si on le compare à un hôpital régional. Est-il pour autant moins important ? Au contraire, dans le contexte social actuel, le CLSC est un vecteur de développement essentiel de nos communautés locales. Le réseau de la santé et des services sociaux ne se dirige pas dans la voie de la simplification quoi qu'on en dise. Il se complexifie et les CLSC s'y sentent de plus en plus à l'étroit. La Fédération des CLSC est bien consciente de nos préoccupations et du fait que le débat en est un de société.

NPS – *On sent de la tension dans votre discours. Les CLSC se sentent-ils encore menacés ? Il y a quelques années, les CLSC ont craint qu'on ne les élimine. Est-ce encore le cas ? Ou est-ce plutôt la crainte que le caractère local ou le caractère social ne soient amputés des CLSC qui vous tourmente ?*

D'entrée de jeu, je répondrais que les deux sont menacés. Bien sûr, personne ne parle plus d'éliminer les CLSC. Le virage ambulatoire a consacré leur existence de façon bien claire en ce qui concerne le maintien à domicile et le retour à la santé après un séjour en milieu hospitalier. Mais l'essence du CLSC est menacée. Le CLSC est une institution ancrée dans une communauté locale et tout orientée vers le renforcement du tissu social de cette communauté ; ces deux éléments sont de multiples façons fragilisés. Je vous en donne des exemples.

Sur le territoire du CLSC La Pommeraie, chez moi en milieu rural, il y a des pressions qui s'exercent pour réaliser une fusion entre l'hôpital et le CLSC. Je ne remets pas en question la qualité de l'hôpital du territoire, mais je remets en question la pertinence de lui annexer le CLSC. Dans d'autres milieux, il est même question de fusion de presque tous les

établissements de santé et de services sociaux (CH, CA, CLSC) sous une même administration. Un genre de superstructure qui, soutient-on, coûterait moins cher. Les intérêts des services curatifs prendrait bientôt le dessus sur les besoins des services sociaux qu'ils soient préventifs, communautaires ou courants. L'urgence prévaudra sur la prévention.

Moi, je suis frappée du contraste entre le «citoyen au cœur de la réforme» de Marc-Yvan Côté et le retrait de plus en plus notable des citoyens des lieux de planification et de décision comme dans l'élaboration des plans de fusion d'établissements que l'on retrouve dans plusieurs régies régionales. Fusionner un CLSC, c'est faire disparaître un conseil d'administration. Et plus il y a de fusions, moins il y a de citoyens pour gérer au cœur de la réforme!

Les CA des CLSC sont à la fois des écoles de démocratie participative et des instances actives de démocratie participative. Les CA des grands ensembles ne prennent plus le temps que nécessite l'exercice de la démocratie participative avec diverses catégories de citoyens. Il faudra s'y connaître pour se sentir à l'aise dans un CA d'un gigantesque établissement multivocationnel ou multiterritorial où la question médicale est à l'ordre du jour. Le social y fera figure de parent pauvre et les préoccupations locales y seront graduellement reléguées aux oubliettes pour s'en tenir aux «choses sérieuses». Même dans le contexte actuel, les CA de CLSC ont vu leur marge de manœuvre se réduire. Ils sont démotivés du fait que la palette de décisions diminue rapidement, et ils se sentent mandatés pour devenir des gérants de services dont les normes et l'analyse sous-jacente leur sont imposées de l'extérieur.

Un CLSC doit être présent dans sa communauté locale à plus d'un titre et par l'intermédiaire de plusieurs catégories de personnes de l'établissement. Les gens perçoivent facilement la présence du CLSC en santé par le maintien à domicile et la périnatalité. Pour bien des gens, le CLSC se résume à un groupe d'infirmières surtout quand ils en ont besoin et on parle de gens de toutes conditions sociales et économiques. Le travail de revitalisation du milieu et des groupes plus démunis exige un autre type d'investissement. Il faut que les intervenants soient visibles dans le milieu; je parle ici des intervenants en santé, des intervenants sociaux et du personnel de la direction. Maintenant, c'est l'organisation communautaire qui a la priorité, et les intervenants sociaux doivent sortir des bureaux. Il en va de même du DG: il doit être socialement présent dans le milieu pour toutes sortes d'activités depuis des activités de représentation, ici et là, jusqu'à des tables de concertation avec d'autres décideurs. Le CLSC doit demeurer une institution locale. Il ne peut, dans cet esprit, se fusionner et se perdre dans un grand ensemble. Je dois par exemple, comme DG,

appuyer les efforts des travailleurs sociaux et des OC pour contrer le décrochage scolaire. C'est pourquoi j'irai à des rencontres de la commission scolaire ou du conseil municipal. Je participe à des débats sur le travail du CLSC avec les échevins ou les commissaires. Il m'arrive souvent de rétablir des perceptions erronées qui ont pour origine un manque d'information ou la crainte des dirigeants de voir arriver dans leur milieu des gens pas comme les autres. Faire accepter un centre de transition pour toxicomanes, un atelier pour personnes déficientes ou des résidences pour personnes âgées demande du temps et de la diplomatie si l'on ne veut pas que le milieu s'engage dans la voie de la résistance. Un DG de CLSC, c'est souvent comme la goutte d'huile qui empêche des engrenages de se frotter métal contre métal et de s'user. Malheureusement, dans le contexte actuel, c'est dans notre propre réseau que cela grince. Je dois mettre beaucoup de temps à tenter de me faire comprendre dans le réseau sur le plan régional et je n'y réussis pas toujours. J'y mets même tant de temps que j'ai l'impression de gruger sur les rapports productifs avec mes employés et sur les rapports avec ma communauté locale : c'est frustrant. Composer avec les attentes du milieu, celles des travailleurs du CLSC et celles des bailleurs de fonds, c'est une entreprise qui semble nous conduire vers une impasse.

Finalement, je dirais que le leadership social du CLSC dans le milieu est tributaire de sa présence dans le milieu. Le CLSC est le principal artisan de l'addition de forces dans le milieu : c'est la force de son caractère local. La fermeture des points de services des CLSC en milieu rural et parfois même en milieu urbain, c'est déjà une atteinte au caractère local du CLSC et c'est une atteinte à la façon dont ce CLSC tente de donner une réponse sociale aux besoins de sa population. C'est ainsi que je boucle la boucle en répétant qu'actuellement tant le caractère local que le caractère social des CLSC sont à défendre auprès des décideurs.

NPS – *Si l'on vous redonnait une plus grande marge de manœuvre, que souhaiteriez-vous faire ?*

Moi, spontanément, je dirais que plutôt que de réduire le nombre de CLSC, je l'augmenterais. C'est pas 150 CLSC mais 500 à 600 CLSC qu'on aurait au Québec, si cela ne tenait qu'à moi ! J'ai été impressionné par ce que j'ai appris de la Finlande et d'autres pays scandinaves : on y retrouvait de petites unités de services très proches des gens et des collectivités. Je ne tiens plus pour acquis l'argument selon lequel les grands ensembles sont plus faciles à gérer que les petits. D'ailleurs, si le gouvernement trouve normal qu'il y ait chez nous des milliers de petites cliniques médicales privées et des cabinets professionnels privés qui semblent être gérables sans difficulté, je ne vois pas pourquoi cela deviendrait du coup plus difficile à gérer et à rentabiliser parce qu'il s'agit d'un CLSC.

L'idée des structures multivocationnelles n'est pas à rejeter. Mais je l'étudierais non pas dans la perspective de la fusion de services sur le plan régional mais dans celle d'une couverture du territoire qui a du sens pour une population. Une MRC, un quartier, un regroupement de villages ou une sous-région, c'est à voir selon les milieux, leurs conditions géographiques, démographiques, sociales et économiques. Une structure à services, multiples pour 15 000 ou 20 000 habitants, ou un peu plus, pourquoi pas, même si l'idée peut sembler irréaliste dans le contexte actuel. La population peut alors s'approprier ses institutions. Cette idée vaut la peine d'être explorée aussi bien que ces idées de grandeur qui ont cours actuellement.

Bref, nous voudrions préserver la dimension locale du CLSC et sa mission première. C'est bizarre d'en arriver à dire que c'est ce que nous souhaiterions ! Il faut croire que cela s'est modifié en cours de route que nous l'ayons voulu ou non.

NPS – *En parlant justement de la mission première des CLSC, abordons le domaine de la prévention sociale. Lors de la création des CLSC, deux avenues relativement nouvelles se sont ouvertes au Québec. D'une part, on a fait en sorte que la santé et le social se côtoient dans un établissement et l'on a stipulé que cet établissement s'occupait de prévention, et c'était là sa vocation essentielle. Qu'en est-il de la prévention, aujourd'hui, en CLSC?*

Depuis quelques années, on recommence à penser que la prévention est essentielle et on lui donne un sens de plus en plus large. Tout le monde s'entend pour dire qu'il faut agir tôt, qu'il faut travailler sur des réalités telles que la pauvreté, le chômage, l'emploi, les conditions de vie. On parle de déterminants de la santé. On retrouve ces thèmes dans de nombreux documents et rapports. Pour certains, cela semble une découverte. Pour nous, en CLSC, il y a longtemps qu'on sait cela et qu'on veut y consacrer le maximum d'énergie. Mais entre le discours et l'allocation gouvernementale ou régionale des ressources, l'écart est grand et nous en sommes les perdants aux dépens bien souvent de services que l'on dit « plus spécialisés ».

La vision sociale des CLSC ne peut que les aligner sur la prévention. La santé communautaire a d'ailleurs bien intégré la prévention dans son travail auprès des clientèles à risque. Du côté plus typiquement social, il est plus difficile de cerner une action ou un programme et dire que c'est là l'action préventive du CLSC. La prévention en CLSC, elle va dans bien des directions. C'est une approche globale qui devrait impliquer l'ensemble du personnel du CLSC. Il faut y greffer aussi le travail avec nos partenaires du secteur communautaire de même que la recherche universitaire pour valider ce qu'on fait ou nous aider à innover. Prévenir au sens où l'on modifie une donnée importante de notre milieu, cela dépasse l'initiative

des individus. Cela doit être une initiative institutionnelle qui s'appuie sur la coordination de plusieurs interventions ou visions depuis celle des intervenants, jusqu'à celle de la direction, du syndicat et du CA. C'est ensemble que l'on peut changer quelque chose à l'échelle d'un milieu plutôt qu'à l'échelle d'individus. Il faut toutefois que notre démarche de prévention en CLSC se raffine : elle doit être planifiée, intégrée, encadrée et évaluée. On a encore du boulot à faire pour améliorer notre performance en prévention sociale.

On a encore de la difficulté à en parler dans une autre perspective que sanitaire. Du côté social, ce sont des exemples qui peuvent peut-être le mieux illustrer notre contribution. Du côté de la santé mentale, il se prend des initiatives qui vont de plus en plus dans le sens de la prévention. Sur le territoire de mon CLSC, autant au CLSC que dans les organismes communautaires des trois principales municipalités, on veut soutenir les groupes d'entraide qui travaillent pour éviter le recours à l'hospitalisation des personnes vulnérables sur le plan santé mentale.

Chez nous, je parlerais d'un groupe qui est la preuve qu'une action peut en venir à faire œuvre de prévention dans un milieu même si, au départ, elle n'avait pas été planifiée à cette fin. Ce groupe, qui s'appelle le GRAVE (Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil et Soulanges), constitue à mes yeux un vecteur de prévention dans le milieu même s'il ne s'affiche pas comme tel. Il s'agit d'un groupe de personnes à la retraite qui s'occupent de personnes âgées dans une vingtaine de municipalités du territoire. L'activité principale consiste à organiser des repas partagés à une fréquence variant de trois à six semaines selon les milieux. Outre les repas partagés qui permettent la rencontre de plusieurs personnes, on y donne du soutien aux personnes et on y dispense de l'information par l'intermédiaire d'une chronique sur la santé ou sur des matières sociales. Le CLSC et son organisateur communautaire ont joué un rôle important dans la création de ce projet et, par la suite, dans le soutien des initiatives qui en ont découlé. L'initiative a gagné en popularité et ses retombées se font sentir dans la rupture de l'isolement chez certaines personnes, dans la prise en charge par les gens de leurs affaires, parce qu'ils sont mieux informés, et dans le maintien en activité de personnes retraitées dans un projet qui a du sens pour elles et dont la communauté bénéficie grandement. Le groupe s'autofinance et est en lien avec les municipalités, les paroisses et le CLSC. Cela me semble une réussite, en plus de contribuer à animer de façon fort positive des milieux où l'isolement est un problème. Sur le territoire du CLSC, le soutien aux aînés et la prévention du placement ou de la perte d'autonomie ont pris de multiples visages dont celui-là.

Chez nous, le soutien aux aînés a aussi donné lieu à des actions préventives non seulement pour ces aînés mais aussi pour les jeunes. L'organisation d'un salon de la famille et des aînés a permis de l'échange d'information et l'organisation de systèmes d'entraide où d'autres tranches d'âge sont mises à contribution. Des jeunes se sont regroupés pour assurer le déneigement des portes et entrées de personnes âgées, d'autres font des visites à des gens isolés. Cela peut sembler modeste mais les effets dépassent parfois l'intention première de l'activité. Ainsi, des gens âgés se sentent moins seuls, plus en sécurité. Le lien intergénérationnel se reconstruit peu à peu dans des milieux où il s'était peut-être atténué, et la violence envers les personnes âgées a des chances de diminuer. Et voilà que l'on peut regarder une telle activité avec les yeux de la prévention et l'enrichir en lui donnant une amplitude qui dépasse le service ponctuel de déneigement ou de popote.

Dans mon milieu, il se fait un travail des plus intéressants auprès des enfants et des jeunes familles. La prévention, c'est aussi penser à assurer un bon départ dans la vie. Nous avons des projets en cours qui font même l'objet de recherches qui nous permettront de les améliorer. Le travail auprès des familles à risque, auprès des jeunes mamans, auprès de l'école comme partenaire dans le développement des jeunes font partie de notre arsenal d'activités reliées à la prévention. Empêcher le décrochage scolaire, briser l'isolement de familles plus démunies et renverser les dynamiques de violence sont des objectifs cruciaux des interventions dans le domaine de l'enfance et de la famille du CLSC. C'est dans une optique préventive que ces plans et interventions doivent être reliés les uns aux autres. On ne peut penser prévention sans penser famille. Chez nous, c'est prioritaire tant au CLSC que dans notre travail avec d'autres partenaires, que ce soit à la Ville, aux tables de concertation et avec les organismes communautaires.

Parler de prévention doit aussi nous amener sur des terrains plus vastes tels que ceux de la lutte contre la pauvreté, de la bataille pour repousser le chômage et créer de l'emploi. La prévention, si elle veut se situer au niveau des déterminants de la santé, doit aussi se situer sur le terrain des grands enjeux de société. Les CLSC souhaitent se réengager davantage sur ces terrains. Je dis « se réengager » parce que cela n'est pas nouveau de cette année. L'organisation communautaire des CLSC de la première génération a été active sur le terrain de l'organisation des populations et de la transformation des conditions de vie. Bien sûr, le débat a été fortement politisé et des actions radicales ont parfois jalonné le parcours. Mais les CLSC y étaient, et avec le temps, ils ont raffiné leurs outils de travail. Je crois qu'ils sont encore très présents dans certains milieux même si ce ne sont pas les acteurs dont on parle le plus. Derrière le rassemblement des Madelinots en Gaspésie, il faut voir la présence du CLSC.

Dans le Bas-Saint-Laurent, les CLSC sont engagés dans la question des fermes forestières même si la nouvelle ne fait pas la une des journaux. Les CLSC de milieux urbains ont mis leur gros grain de sel dans le soutien et l'organisation de corporations de développement communautaire (CDC) ou de certaines corporations de développement économique communautaire (CDEC). Cela aussi, cela fait partie de la prévention sociale parce que l'on peut difficilement dire que l'on va chercher à améliorer les conditions de vie si l'on ne s'intéresse pas à l'emploi et à la pauvreté. Le CLSC n'est pas le bureau de l'assurance chômage ni la Société de développement de la main-d'œuvre. Son mandat est autre. Mais il ne peut demeurer à l'écart de ces sphères de développement local.

NPS – *Être présent dans les sphères de développement et de prévention de sa communauté et y déceler des façons d'intervenir exigent un effort constant de renouvellement des pratiques sociales. Vous l'avez mentionné, la prévention prend différents visages. Elle rejoint même le développement local. Comment se situent les CLSC quant aux avenues de développement local proposées par les tenants de nouvelles formes d'économie sociale?*

Tout en disant qu'il faut s'intéresser à l'emploi et à la dimension économique de la vie de nos communautés, je dois reconnaître que plusieurs CLSC ont encore à approfondir leur réflexion sur ce que l'on appelle «l'économie sociale». Les syndicats de nos établissements vivent des hésitations et des dilemmes. Ils ne veulent pas que l'on crée une zone de main-d'œuvre bon marché pour accomplir des tâches que leurs membres exercent avec compétence. Travailler sur l'emploi et la création de services de proximité soulève cette question. Elle se posait d'ailleurs avec certains programmes comme les programmes Extra ou les Corporations intermédiaires de travail (CIT). Le dilemme n'est pas encore résolu. On veut créer des emplois d'utilité sociale, mais on craint qu'ils ressemblent trop aux nôtres sans les salaires appropriés. C'est un dossier qui crée encore beaucoup de malaises. On sent qu'il faut s'engager dans certaines formes de l'économie sociale, mais on ne sait pas encore bien lesquelles et pourquoi. Il faut faire avancer notre réflexion là-dessus sans offrir trop de résistance ni faire l'autruche. Il faut éviter que l'économie sociale crée des emplois qui dévalorisent les tâches reliées à la dispensation de services de santé et de services sociaux. En même temps, il faut se donner des services en les créant dans nos milieux à même nos ressources humaines et financières. Il ne faut pas en faire un déguisement de l'aide sociale ni de l'assurance chômage . En même temps, j'y crois, si je m'en réfère aux heureuses retombées qu'ont eu les coopératives dans bien des milieux. Cela aussi c'est de l'économie sociale. Je songe à des coopératives maraîchères, à des serres communautaires, à des coopératives de logement et à d'autres

que les CLSC ont soutenu par le passé et encore aujourd'hui. On a aussi soutenu les ACEF et d'autres associations de défense de droits des gens plus défavorisés ou exploités économiquement.

Prévention sociale, développement local, économie sociale, ce sont des réalités qui nous rejoignent aussi dans nos efforts pour stimuler l'échange de services plutôt que « l'assistancialisme » comme mesure d'entraide auprès des populations démunies. Depuis toujours, les CLSC ont valorisé la démarche d'éducation et de prise de contrôle sur l'approche caritative qui donne aux pauvres. Sans le savoir peut-être, on versait dans l'économie associée au social. Le soutien aux cuisines collectives, aux magasins Partage, aux ateliers de réparation de meubles et aux petites coopératives plutôt que la distribution des paniers de nourriture a toujours été un principe directeur des CLSC. En même temps, la santé et les services sociaux ont beaucoup plus souvent été associés au seul univers du social. Nous avons trop longtemps dissocié le social et l'économique, et rétablir ce lien n'est pas si facile à faire aujourd'hui.

Nos rapports avec le communautaire dépendent aussi de notre façon d'envisager les stratégies de dispensation de services de santé et de services sociaux, et le développement local. Le communautaire a renforcé ses assises au cours des 25 dernières années au Québec. Quoi qu'on en dise ou quoi qu'on l'ait parfois oublié, les CLSC ont contribué à cet essor du communautaire, et nous en sommes fiers. Là où le communautaire est le plus développé et le mieux organisé, cela correspond très souvent à des territoires où le CLSC existe depuis longtemps. Il ne faut pas s'en attribuer tout le crédit, mais on y est pour quelque chose. Notre façon d'envisager l'économie sociale va donc encore une fois influencer nos rapports avec les organismes communautaires. Plusieurs organismes craignent que de créer des services de proximité ou des regroupements de services ne fera rien de plus que de créer un réseau de services bon marché en parallèle avec des services étatiques mieux pourvus où les professionnels sont mieux payés. Je considère que les organismes communautaires sont les alliés naturels des CLSC et qu'il nous faut débattre ces questions ensemble.