

Les enjeux de l'arrimage entre le communautaire et le secteur public vus de la fenêtre d'une directrice générale de CLSC

Michèle Vigeoz

Volume 8, numéro 1, printemps 1995

Les régions

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/301315ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/301315ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Vigeoz, M. (1995). Les enjeux de l'arrimage entre le communautaire et le secteur public vus de la fenêtre d'une directrice générale de CLSC. *Nouvelles pratiques sociales*, 8(1), 221–227. <https://doi.org/10.7202/301315ar>



Les enjeux de l'arrimage entre le communautaire et le secteur public vus de la fenêtre d'une directrice générale de CLSC

Michèle VIGEOZ*

Texte d'une présentation faite au colloque de NPS sur l'arrimage entre le communautaire et le secteur public tenu à l'UQAM le 22 avril 1994.

INTRODUCTION

En guise d'introduction, je vais d'abord rapidement situer le sujet : Où et pourquoi cet arrimage entre le communautaire et le secteur public dans le domaine sociosanitaire, et pourquoi parle-t-on d'incontournable intersectorialité ?

* Au moment de son exposé, Michèle Vigeoz était directrice générale du CLSC Saint-Léonard. Depuis, elle est devenue consultante à son compte.

Je dirai en quoi cet arrimage est nécessaire, comment et à quelles conditions il est possible. Je soulignerai enfin certains enjeux, des dangers de dérapage et de « perversion » possible par rapport à l'atteinte des objectifs mêmes que cet arrimage est censé permettre ou faciliter.

D'ABORD, DES FAITS, DES ÉVÉNEMENTS

La Loi 120 reconnaît clairement les organismes communautaires comme partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, et elle donne aux régies un mandat de financement dans la mesure où ces organismes sont complémentaires, et même, d'évaluation. Elle lie donc, et ce de façon explicite dans le champ sociosanitaire, le sort des organismes communautaires à celui du réseau public.

La *Politique de la santé et du bien-être* a été adoptée. Elle détermine 19 cibles d'amélioration, énonçant des voies d'action prioritaires pour chacune. Elle définit six stratégies globales, qui pour cinq d'entre elles, donnent donc clairement le ton : L'état de santé et de bien-être de la population est tributaire pour une large part, de l'environnement et des conditions de vie, et les actions, pour être efficaces, doivent se situer absolument à ce niveau-là.

Et en filigrane, le débat toujours terriblement actuel des capacités de financement de l'État, le poids que fait peser sur la société actuelle et future, la dette du pays. Au-delà de cette dette, il faut souligner les transformations du monde économique entraînant en retour des transformations de société, et réciproquement. Nous n'en voyons encore que la pointe de l'iceberg.

Enfin, les processus d'exclusion progressent, notamment si l'on considère qu'actuellement, une personne sur quatre dans la population potentiellement active se trouve sans travail.

Sur cette toile de fond, voyons en quoi cet arrimage entre le communautaire et le public est nécessaire et quels enjeux nouveaux apporte l'intersectorialité.

UN ARRIMAGE NÉCESSAIRE

Les arguments sont de trois ordres.

L'un est économique : on peut simplement dire qu'en ces temps de difficultés économiques interminables, notre société ne peut pas se payer

le luxe de ne pas reconnaître et tenter de mobiliser (maximiser) toutes les ressources dont elle dispose. C'est primaire, mais cet argument a certainement pesé dans les choix inscrits dans la Loi 120. L'État-providence s'étant engagé dans une voie financièrement sans issue, à terme, il lui fallait refaire ses devoirs.

Un autre argument, qui laisse plus perplexe celui-là, tient au constat auquel nous ramèment de plus en plus de recherches, à savoir que les conditions de vie et l'environnement social ont sur la santé des populations un impact bien supérieur à celui que peuvent avoir les soins de santé. Marc Renaud en fait une démonstration convaincante dans l'article « Expliquer l'inexpliqué : L'environnement social comme facteur clé de la santé » (Renaud et Bouchard, 1994). Dans tous les pays du monde, le « gradient de santé » a été observé. (C'est le fait que les mesures de mortalité-morbidité, toutes causes confondues, suivent l'échelle de statut socio-économique de la population.) Ce « quelque chose » qui est à l'œuvre pour augmenter ou diminuer la vie et la santé en fonction du niveau socio-économique est notamment associé à la position dans la hiérarchie, au contrôle que les gens sentent qu'ils détiennent sur leur environnement et à l'estime de soi.

L'introduction des mesures universelles d'assurance maladie conçue cependant pour permettre de réduire les inégalités de santé entre les riches et les pauvres s'est avérée inefficace sur ce point. Parfois les écarts se sont encore creusés.

On ne peut plus maintenant considérer la maladie comme un épisode issu du seul hasard d'un destin singulier et imprévisible, ou comme la résultante de choix individuels ne renvoyant qu'à la seule responsabilité de la personne. Le tabagisme ou l'obésité qui résistent aux efforts éducatifs dans les milieux de pauvreté disent autre chose qu'une indifférence des personnes à leur santé ou leur incapacité à adopter de nouveaux comportements.

Donc, plus fondamentalement que l'argument financier, il y a la nature du regard posé sur les problèmes sociosanitaires, la lecture qu'on en fait. L'intersectorialité, comme pratique de concertation dans la réflexion et l'action des agents en prise sur les différents déterminants (le secteur économique, l'emploi, le travail, la formation, le revenu, etc.), y trouve sa nécessité. L'arrimage du public avec les groupes communautaires également.

Si la santé est corrélée avec des conditions de vie satisfaisantes et avec une impression de maîtrise sur son environnement, alors les groupes communautaires, dans la mesure où ils sont fidèles à leurs valeurs fondatrices, sont en soi des instruments d'amélioration de la qualité de vie des personnes vulnérables et qui, justement, se voient dépossédées d'un

contrôle minimal sur leur vie. Je pense aux ex-psychiatrisés, aux personnes âgées, aux femmes violentées, aux chômeurs, etc.

Quand je parle de valeurs fondatrices (Caillouette, 1992), je parle de la défense des droits, du fait de considérer les services comme une occasion de conscientiser à des problèmes dont la dimension dépasse la personne, du développement d'alternatives aux façons traditionnelles de traiter avec les personnes ou de composer avec maladies ou handicaps. Je parle enfin des valeurs de proximité et de participation des usagers, plutôt considérés comme membres du groupe.

Et si l'on pousse ce raisonnement, c'est plutôt le réseau public de « services » qui devrait s'arrimer au communautaire non pas dans une dynamique de sous-traitance ou de suppléance à caractère financier, mais bien à cause des valeurs qui le fondent et qui sont les plus susceptibles de recréer cet environnement social qui, lorsqu'il fait défaut, entraîne la marginalisation.

Pourquoi encore la nécessité de l'arrimage ? Parce que les processus de concertation et la collaboration sont en soi des antidotes aux processus d'anomie et d'éclatement social. On fait entre ressources et réseaux ce qui est générateur de santé pour les personnes et les collectivités, et on les y associe.

À QUELLES CONDITIONS CET ARRIMAGE EST-IL POSSIBLE ?

Un des défis qu'il faudra relever sera de se donner une compréhension des problèmes qui soit commune tout en respectant les mandats des uns et l'autonomie des autres, de s'articuler en matière de stratégies tout en maintenant suffisamment de tension dans le système pour qu'il demeure critique, créateur et souple, et enfin, de développer une culture de partenariat jusque dans les questions de partage de ressources, là où, d'ordinaire, elle s'arrête.

Une de ces conditions m'apparaît être de rapprocher les services publics de la population. À ce chapitre, les CLSC sont très bien placés par leur mandat territorial, par leurs responsabilités préventives, curatives et communautaires, et par leur petite taille. C'est une condition essentielle, mais certainement pas suffisante. Les CLSC doivent absolument accentuer une stratégie de présence dans le milieu et de support aux organismes communautaires dans tous les champs d'activités pertinents au développement de ce milieu au profit des plus démunis. Il le fait notamment, mais non exclusivement, par l'engagement de ressources en organisation communautaire pour appuyer les ressources du milieu.

Des assises identitaires solides autant du secteur public que du secteur communautaire sont des conditions tout aussi indispensables. Et de part et d'autre, ces assises peuvent être menacées, beaucoup plus du côté du réseau public d'ailleurs. Celui-ci doit, en effet, réviser l'orientation de ses actions dans ses fondements mêmes ; il a depuis sa création développé une logique de services. Préoccupé par le développement de ceux-ci, il a oublié d'y associer les « bénéficiaires » comme partenaires et son expertise s'est hypertrophiée dans la dimension clinique. De plus, le changement de regard sur les problèmes sociosanitaires ébranle bien davantage le secteur public dans ses perceptions et ses habitudes de travail que le secteur communautaire qui lui, a contribué à modifier cette vision dominante.

Le communautaire, quant à lui, est convié à s'engager dans une nouvelle dynamique où il est reconnu, certes, mais non sans risque d'annexion : La « complémentarité » peut ne pas faire bon ménage avec les valeurs d'alternative portées par le communautaire. La reddition de comptes est un autre moment de vérité : La standardisation et la bureaucratie régionale ne sont jamais bien loin.

La révision du rapport à l'État central s'impose au regard des mentalités. Je veux dire par là que les quêtes pour plus de financement pour sa cause, de « faveurs partisans » une fois les débats tenus, doivent cesser de faire partie des réflexes tant du réseau public que du communautaire. C'est la confiance qui est en jeu.

L'arrimage va se faire en investissant les nouveaux lieux de débats que sont les régies régionales (RR), et en créant là des alliances, avec, en toile de fond, l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités.

QUELS SONT LES DANGERS, LES INSUFFISANCES, LES DÉRAPAGES POSSIBLES DE CET ARRIMAGE À L'HEURE DE CETTE INCONTOURNABLE INTERSECTORIALITÉ ?

Un des dangers évidents, pour moi, tient à la culture organisationnelle publique, notamment en matière de contrôle. La RR va-t-elle demander des comptes sur les résultats ou va-t-elle imposer les moyens ? Dès que l'on s'ingère dans les moyens, tout en s'éloignant du lieu de l'action, on introduit de la sclérose, on mine la collaboration, on émet un message paradoxal. Une définition trop rigide des moyens d'intervention m'apparaît un de plus sûrs moyens de « prévenir » l'intersectorialité.

Un exemple récent : Les transferts CSS pour les programmes enfance-famille. Va-t-on devoir engager des cliniciens qui vont traiter les cas

individuellement, comme cela se faisait antérieurement, dans ce cas, pourquoi transférer ? Ou bien, de concert avec le milieu, pourra-t-on investir dans l'élaboration d'une maison de parents qui permettra à ceux-ci de se doter d'un lieu collectif d'entraide comme de services et d'analyse. Le choix de la ressource n'est plus le même. La RR nous questionnera-t-elle sur l'objectif de réduire les situations de négligence et d'abus ? Ou s'obstinera-t-elle avec nous sur la nature des postes que nous engageons ?

Parmi les autres points qui exigent de la vigilance, notons le danger que le communautaire développe essentiellement le volet services au lieu du volet analyse critique et défense des droits ; qu'il devienne dépendant du public et recrée de la distance avec ses membres ; qu'il s'entredéchire pour obtenir du financement. Qu'il s'essouffle en étant sollicité à trop de paliers et qu'il disperse ses énergies et soit ensuite taxé de « manque d'efficacité ».

Du côté des CLSC, ils doivent demeurer vigilants pour ne pas « perdre leur âme » en devenant une première ligne de services publics courants. Ils ont à « faire autrement » en même temps qu'ils ont à développer leur accessibilité. Ils sont sur le terrain, dans les milieux de vie, avec les groupes communautaires et les partenaires des autres secteurs : ceux de l'emploi, de l'habitation, etc. ; les alliances doivent se concrétiser là, avec les gens. Il y a un potentiel remarquable d'action et de synergies à condition de savoir établir les marges et prendre les moyens nécessaires pour les faire vivre.

Les CLSC ont la tâche paradoxale de défendre des réallocations de ressources pour une première ligne, mais ils se situent dans le même paradigme, au sein du système de santé. Sauront-ils échapper à la dynamique de croissance institutionnelle en soi ?

Pour terminer, je veux souligner que l'intersectorialité ne peut porter des fruits sans le secteur privé, grand absent aujourd'hui.

Ce secteur est en questionnement profond. Les tendances de pointe du management (H. Sérieyx, l'école de Stanford, la World Business Academy) reviennent à des valeurs qui replacent l'être humain au centre du monde du travail, et font la promotion de la coopération vs la compétition, de la responsabilité éthique des corporations, et de la *business* comme véhicule de transformation sociale ! Il y a là des alliances majeures à rechercher, et pas seulement au regard des politiques ministérielles, comme le laisse entendre Michael Ray :

The overarching objectives of new paradigm business are essentially the awakening and personal development of everyone associated with it and the corresponding service to the surrounding community.

Bibliographie

- CAILLOUETTE, Jacques (1992). « La réforme Côté ou l'ambivalence de l'État », *Service Social*, vol. 41, n° 2, 115-129.
- RENAUD, Marc, avec la collaboration de Louise BOUCHARD (1994). « Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé », *Interface*, vol. 15, n° 2, mars-avril, 15-25.