

Nouvelles pratiques sociales



Les enjeux de l'arrimage entre le communautaire et le secteur public vus de la fenêtre d'un haut fonctionnaire du MSSS

Simon Caron

Volume 8, Number 1, Spring 1995

Les régions

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/301318ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/301318ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (print)

1703-9312 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Caron, S. (1995). Les enjeux de l'arrimage entre le communautaire et le secteur public vus de la fenêtre d'un haut fonctionnaire du MSSS. *Nouvelles pratiques sociales*, 8(1), 245–252. <https://doi.org/10.7202/301318ar>

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université du Québec, 1995

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/>

érudit

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/>

❖ Les enjeux de l'arrimage entre le communautaire et le secteur public vus de la fenêtre d'un haut fonctionnaire du MSSS

*Simon CARON
Sous-ministre adjoint
Direction de la planification et de l'évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux*

Version abrégée de la présentation faite au colloque de NPS
sur l'arrimage entre le communautaire et le secteur public tenu à
l'UQAM le 22 avril 1994.

Le thème de mon exposé n'est pas facile parce qu'il est en pleine mouvance, en pleine édification, mais il n'en est que plus fascinant parce qu'il est très porteur d'avenir au regard de notre système de santé et bien-être de l'an 2000.

PRÉCISIONS SUR LA PERSPECTIVE

D'abord, j'aimerais situer exactement le terrain qui est le mien pour aborder un tel thème. Ma première caractéristique est d'être un travailleur du secteur public ; cela colore forcément mon point de vue. Par contre,

même si cela fait près de 20 ans maintenant que j'y œuvre, il me semble important de préciser que je ne me considère pas comme un spécialiste du secteur public. Je me considère encore bien moins comme un spécialiste du communautaire. Je suis, pourrait-on dire, un acteur-observateur très actif et quotidiennement engagé par rapport à chacun de ces secteurs, mais je n'en suis pas un spécialiste.

Il est important de préciser que la lunette que je porterai ici est celle du *secteur de la santé et des services sociaux* puisque c'est celui qui a monopolisé exclusivement mes dix dernières années d'expérience dans le secteur public.

Les personnes qui ne sont pas de ce secteur pourraient peut-être être tentées d'en déduire qu'elles ne sont pas concernées par mes propos. Je crois pouvoir leur dire : « Consolerez-vous et ne renoncez pas trop vite, car il ressort à l'évidence que la dynamique qu'on vit dans le secteur de la santé et des services sociaux entre le communautaire et le réseau public s'apparente très fortement à ce qui se vit dans les autres secteurs. Il vous appartiendra d'en tirer les applications pour votre secteur particulier. »

Ma présentation sera divisée en deux parties. Dans un premier temps, je tenterai de discerner ce qui distingue le réseau public et le communautaire au sein du domaine sociosanitaire. Dans un deuxième temps, j'adopterai une position plus interrogative et prospective pour essayer de répondre à la question fort pertinente que pose votre colloque : l'arrimage entre le réseau public et le communautaire est-il possible et à quelles conditions ?

CE QUI DISTINGUE LE RÉSEAU PUBLIC ET LE COMMUNAUTAIRE AU SEIN DU DOMAINE SOCIOSANITAIRE

Ce qui nous différencie et nous rend complémentaires

Avant de parler d'arrimage, je pense qu'il faudrait tenter de préciser ce qu'on veut arrimer. Je me pencherai donc d'abord sur ce qui différencie le communautaire et le réseau public dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Le communautaire

Une première caractéristique du communautaire a clairement à voir avec le terme « milieu ». Les organismes communautaires sont, en général, des ressources qui se créent dans un milieu, par un milieu et pour un milieu.

Pour dire autrement, on pourrait formuler cette première caractéristique dans le sens où la composante, le potentiel de convivialité du communautaire paraît – son nom le dit d'ailleurs – beaucoup plus grand que dans le secteur public.

Deuxièmement, les organismes communautaires me semblent caractérisés par leur action multiforme. Selon les besoins du milieu, celle-ci peut aussi bien se manifester par des activités d'information, de formation, de défense de droits que de services directs à la clientèle.

Une autre caractéristique du communautaire veut qu'il associe davantage et autrement la communauté et la clientèle dans la démarche elle-même de définition des orientations et dans la conception des actions. Le communautaire devient donc, de la sorte, imputable à l'égard du milieu qu'il dessert.

Par ailleurs, contrairement aux établissements publics dont le mode d'organisation structurelle ne fait en général que reprendre localement le modèle défini sur le plan national, le communautaire se donne, en général, ses propres structures internes.

Cinquième trait : le financement des organismes communautaires provient de plusieurs sources dont une part importante dépend du milieu. Cette dernière réalité est d'ailleurs considérée par eux comme leur plus grand atout par rapport à la sauvegarde de leur autonomie.

Bref, si on tente, en terminant ce point, de cerner ce qui caractérise les organismes communautaires, on peut probablement, en se basant tant sur la littérature que sur leur pratique quotidienne, invoquer les points suivants : leur capacité d'intervenir rapidement pour faire face aux besoins de la communauté ; l'innovation dont ils font preuve bien souvent dans la définition et la conception des problèmes et, enfin, une certaine dose d'incertitude face à leur survie et leur développement, compte tenu des ressources financières limitées dont ils disposent habituellement.

Avant de procéder à l'identification des grands traits distinctifs du secteur public, il convient sans doute de cerner quelques dimensions actuelles du réseau communautaire québécois dans le secteur sociosanitaire. Soulignons ainsi qu'en 1994-1995, près de 2 000 organismes communautaires seront soutenus par le gouvernement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Alors qu'on consacrait aux organismes communautaires du domaine sociosanitaire un budget de 18,3 millions de dollars en 1984-1985, le budget qu'on leur consacra en 1994-1995 s'élèvera à près de 95 millions de dollars (dollars non constants). Vu sous cet angle, il s'agit, au sein du Ministère, du secteur pour lequel le budget a progressé

le plus rapidement. Enfin, il est important de préciser qu'en vertu même de leur fort ancrage dans leur milieu et de leur autonomie (ainsi que des limites financières de l'État), ce ne sont pas tous les organismes communautaires du domaine sociosanitaire qui sont soutenus financièrement par le Ministère. Aussi leur apparition – comme leur disparition – très conviviale et spontanée ne nous permet pas d'en connaître le nombre exact.

Le réseau public

Passons maintenant aux caractéristiques du réseau public. Un premier trait : les établissements de ce réseau ont généralement une mission précise. Qu'il s'agisse de traitement, de diagnostic, de promotion, de prévention, d'adaptation ou de réadaptation, la mission de ces établissements est clairement définie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* adoptée en 1991.

Deuxième caractéristique : les établissements de ce réseau sont gérés par un conseil d'administration dont la majorité des membres, depuis la réforme, sont des usagers des services. Le conseil d'administration est redevable annuellement devant la population et la régie régionale. Il gère les ressources humaines, matérielles et financières selon les paramètres définis dans la Loi et les règlements. Les conseils d'administration doivent se donner obligatoirement certaines structures de gestion interne (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, Conseil des infirmières et des infirmiers, etc.).

Autre trait caractéristique important : les établissements de ce réseau tirent la quasi-totalité de leur financement du gouvernement.

Si l'on regarde maintenant ce qui caractérise *le plus* ces établissements publics, il faut préciser que ce sont des organismes complexes qui supposent une certaine concentration de ressources et d'équipements dans le but de faire face à des problèmes complexes.

Ce sont, par ailleurs, des organisations qui ont un caractère prononcé de permanence. Pour bien le comprendre, je vous inviterai seulement à vous rappeler la fameuse question du déménagement de l'Hôtel-Dieu : imaginez un peu ce qu'auraient été les réactions si, au lieu de parler de déménagement, on avait plutôt parlé de fermeture de l'hôpital. On peut donc en tirer, comme dernière caractéristique, le fait pour ces organisations de ne pas pouvoir compter sur la même souplesse d'adaptation que les organismes communautaires.

Enfin, pour les situer également en termes d'ordre de grandeur, rappelons qu'il existe en tout 666 établissements au Québec en 1994.

L'ensemble du budget qu'on leur consacre se situe, grosso modo, autour de 9 milliards de dollars.

L'ARRIMAGE ENTRE LE RÉSEAU PUBLIC ET LE COMMUNAUTAIRE EST-IL POSSIBLE ET À QUELLES CONDITIONS ?

Un arrimage non seulement possible et souhaitable mais indispensable

N'ayez crainte, je ne vais pas éluder la question plus particulière que pose votre colloque : y a-t-il, au sein du monde sociosanitaire, une cohabitation et une continuité possibles entre ces deux univers par ailleurs fort distincts ? J'en arrive donc tout de suite à vous livrer ma réponse.

Brièvement, ma position est celle-ci : non seulement cette cohabitation entre le communautaire et le réseau public doit être rendue possible au sein de notre secteur, mais elle se présente même comme étant tout à fait indispensable. Si on me demandait de répéter cela en d'autres mots, j'emprunterais quelques termes à la « galanterie » populaire pour résumer ainsi plus simplement : non seulement nos deux entités doivent-elles *cohabiter* ensemble mais elles doivent *vivre* ensemble et partager le quotidien de la manière la plus intégrale.

Pour m'en expliquer, permettez-moi de partir d'une citation particulièrement évocatrice du texte de la réforme à ce propos :

Les organismes communautaires contribuent aujourd'hui à la prestation directe de services et au raffermissement des liens communautaires. Ils renouvellent et diversifient les approches et les moyens d'action. Ce faisant, ils s'avèrent particulièrement aptes à répondre aux nouveaux besoins. L'ampleur, la qualité et l'originalité de leur action sont telles qu'il n'est plus possible d'interpréter la santé et le bien-être à travers le seul prisme des interventions publiques. (MSSS, 1990 : 59)

C'est précisément pour faciliter et assurer cet arrimage que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* consacre le droit pour les organismes communautaires de définir librement leurs orientations, leurs pratiques et leurs approches. Comme moyen concret pour asseoir davantage l'égalité de représentation entre le communautaire et le public, cette loi a recommandé formellement que la participation de chacune de ces instances soit la même au sein des structures de décision des régions (assemblée régionale, conseil d'administration des régies, etc.). De la même façon, elle a favorisé leur participation conjointe aux mécanismes

régionaux d'orientation et de concertation, via notamment les Plans régionaux d'organisation de services (PROS). Enfin, c'est également cette loi qui est venue consacrer le principe du plan triennal de financement pour le secteur communautaire.

Bien sûr, il ne faut pas pour autant voir une panacée dans toutes ces mesures. Il est clair qu'il est trop tôt pour tirer des conclusions significatives.

De la même façon, ce ne serait pas très honnête, ni très réaliste, de tenter de vous cacher que, comme en toute réforme et en tout virage, certaines inquiétudes, assez nombreuses, existent tant du côté du communautaire que du public.

Pour sa part, et on l'imagine aisément avec le langage auquel il nous a habitués depuis longtemps sur ce plan, le communautaire craint, bien sûr, la « récupération ». Il a peur également de se voir ainsi amputé d'une part importante de son action-terrain qu'il juge prioritaire.

De leur côté, les établissements publics ne sont pas sans ressentir un certain scepticisme à l'endroit de cette contribution possible du communautaire. Ils se montrent réticents, on le comprend un peu, à partager, avec ce dernier, les ressources financières jugées essentielles et déjà limitées pour accomplir leur mission.

Malgré ces inquiétudes bien réelles, malgré ces manœuvres de freinage bien normales devant toute cette nouvelle lancée, il faut bien voir cependant que certains éléments permettent déjà de croire que le virage de collaboration souhaitée est bien amorcé. Ainsi, on peut dire sans crainte de se tromper que ce n'est plus une minorité négligeable de milieux, de régions, d'organismes ou d'établissements qui ont accepté de faire le pari d'une telle collaboration mutuelle, notamment pour tout ce qui concerne la mise en application de la *Politique de la santé et du bien-être* (Québec, 1992).

Il y a là, en effet, des défis de taille, fondamentaux, pour ce nouvel arrimage entre le communautaire et le public. Qu'on pense seulement à la démarche essentielle que représente la réduction des écarts de santé et de bien-être entre les milieux et les groupes socio-économiques au Québec. Qu'on pense encore à la question non moins importante de la pauvreté et des interventions à faire auprès des milieux les plus vulnérables. Les problèmes que cumulent ces milieux sont nombreux (problèmes de santé, problèmes sociaux, difficultés économiques, décrochage scolaire, etc.) ; il y a là, face à l'arrimage nécessaire entre le communautaire et le public, des enjeux qui vont s'avérer absolument déterminants au cours des prochaines années.

Il m'apparaît, d'ailleurs, que ces défis dépassent très largement notre seul secteur et la question du communautaire versus le public. C'est sur le plan beaucoup plus large de l'intersectorialité qu'ils vont devoir aussi être relevés ; intersectorialité – on l'imagine bien – entre les secteurs de l'éducation, du travail, de la sécurité du revenu, de l'économie, etc.

Ramené à ce niveau, l'enjeu peut paraître de taille excessive, compte tenu des lourdeurs que l'on sait appartenir à toute velléité intersectorielle. Je n'en pense pas moins que, si l'on sait maintenir le cap sur les outils rassembleurs essentiels que constituent la *Politique de la santé et du bien-être* et la réforme, nos chances sont bonnes de voir un tel arrimage se réaliser, notamment parce que cette politique et cette réforme vont forcer l'ouverture des traditionnelles chasses gardées.

Quant au risque de récupération du secteur communautaire par le public, il m'apparaît évident, maintenant, qu'il ne saura jamais plus représenter un danger réel tant et aussi longtemps que le secteur communautaire persistera aussi heureusement à relever les trois défis suivants :

1. Maintenir sa capacité d'innover et sa préoccupation liée à l'évaluation et à la recherche.
2. Garder aussi active et riche son allégeance envers la communauté desservie.
3. Sauvegarder son indépendance en maintenant significative la part du financement qui lui vient directement de son milieu.

CONCLUSION

Que nous reste-t-il, en fin d'itinéraire, de cette brève incursion au cœur de la question soulevée par le thème du colloque ?

Il me semble qu'il faut retenir que le réseau public et le communautaire représentent deux univers bien différents. Les deux sont cependant voués à la santé et au bien-être de la population à l'égard desquels ils remplissent et partagent des responsabilités communes et complémentaires.

Cette complémentarité dans la différence enrichit le Québec. Tant pour réaliser les objectifs qu'il s'est donnés par la *Politique de la santé et du bien-être* que pour réduire les écarts de santé et bien-être chez la population, le Québec ne peut que profiter de cette cohabitation des deux secteurs.

Bibliographie

MSSS (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, décembre.

MSSS (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec.