

**Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales**

***CAHIERS DU LAREPPS***

**No 11-01**

**Organismes communautaires et projets cliniques  
dans le domaine du handicap :  
un état de la situation**

**par  
Jean Proulx**

**École de travail social  
Université du Québec à Montréal**

**© LAREPPS/UQÀM  
janvier 2011**

**Dépôt légal –Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011**

**Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2011**

**ISBN 978-2-922879-33-9 (version imprimée)**

**ISBN 978-2-922879-34-6 (version pdf)**

**ISSN 1490-8069 (Cahiers du LAREPPS)**

## AVANT-PROPOS

Jean Proulx, professionnel de recherche au Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, et Sébastien Savard, professeur à l'École de service social de l'Université d'Ottawa et chercheur collaborateur de l'équipe Économie sociale, santé et bien-être (ESSBE), ont mis sur pied une formation à partir de leurs travaux sur les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec. Cette formation a été rendue possible par le financement accordé par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) – volet valorisation de la subvention de l'équipe ESSBE. Elle a été donnée dans 11 régions du Québec, entre avril et décembre 2009. Jean Proulx présente ici les informations recueillies sur l'élaboration des projets cliniques dans le domaine du handicap au cours de cette formation.

## RÉSUMÉ

En 2005, Jean Proulx, Denis Bourque et Sébastien Savard ont publié *Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec* (Cahiers du Larepps 05-13). S'intéressant particulièrement aux organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux, ils ont voulu, par la suite, leur proposer un outil leur permettant de définir leurs relations avec les institutions publiques. L'élaboration des projets cliniques est un terrain privilégié pour définir ces interfaces. Qu'en est-il des projets cliniques dans le domaine du handicap et des troubles envahissants du développement? Les organismes communautaires ont-ils été mis à contribution par les Centres de santé et des services sociaux? Comment se sont concrétisées ces interfaces? C'est ce que Jean Proulx a voulu explorer.



## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
LISTE DES ACRONYMES .....	vi
INTRODUCTION.....	1
1. LES LOIS 25 ET 83 ET LES PROJETS CLINIQUES.....	2
2. PROJETS CLINIQUES DANS LE DOMAINE DU HANDICAP .....	4
2.1 État d’avancement des projets cliniques .....	4
2.2 La participation des organismes communautaires aux projets cliniques .....	6
2.3 Les priorités retenues dans les projets cliniques .....	8
2.4 Ententes de services et organismes communautaires .....	10
CONCLUSION .....	12
RÉFÉRENCES .....	15
ANNEXE 1.....	17

## LISTE DES ACRONYMES

CDC	Corporation de développement communautaire
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
COC-RSI	Comité d'orientation et de concertation des réseaux de services intégrés
DI	Déficience intellectuelle
GMF	Groupe de médecine familiale
PAPALV	personne âgée en perte d'autonomie liée au vieillissement
PROS	Plan régional d'organisation de services
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RLS	Réseau local de services
ROPPH	Regroupement des organismes de promotion des personnes handicapées
RTF	Ressource de type familial
SACAIS	Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales
TED	Trouble envahissant du développement
TROC	Table régionale des organismes communautaires

## INTRODUCTION

La question des rapports entre les organismes communautaires et les pouvoirs publics n'est pas nouvelle. Au Québec, depuis plusieurs années, de nombreux auteurs s'y sont intéressés, en particulier dans le domaine de la santé et des services sociaux. En effet, l'adoption, en 1991, de la loi 120 par le gouvernement du Québec (la réforme Côté) reconnaissait officiellement l'apport de ces organismes à la santé et au bien-être de la population. Du même coup, elle soulevait de nouvelles questions quant aux rapports qu'entreprendrait dorénavant l'État québécois avec les organismes communautaires, ceux-ci étant invités à s'inscrire dans un « nouveau partenariat ».

En 2005, Proulx, Bourque et Savard ont réalisé une étude sur ce qu'ils ont appelé « les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec ». S'inspirant d'une typologie développée par une chercheuse américaine, Jennifer M. Coston, ces auteurs ont tenté de caractériser les types de rapport pouvant exister entre les organismes dits du « tiers secteur »<sup>1</sup> et les pouvoirs publics au Québec. Les auteurs ont conclu que les organismes du tiers secteur pouvaient se retrouver dans six types de rapport différents avec les établissements et organismes publics : le rapport de compétition; le rapport de sous-traitance; le rapport de tiers parti; le rapport de coexistence; le rapport de complémentarité; et le rapport de coconstruction<sup>2</sup>. Cette recherche s'inscrivait dans le contexte de l'application des lois 25 et 83, lesquelles allaient apporter des « changements structurels » au sein du réseau de la santé et des services sociaux et définir de nouveaux enjeux en ce qui a trait aux rapports des organismes communautaires avec les instances publiques. La recherche se voulait un outil qui devait « permettre aux organisations de mieux comprendre ce qui se passe » et de « situer leur propre expérience dans la gestion d'interfaces en fonction d'une diversité de modèles possibles »<sup>3</sup>. Ainsi, dès le départ, on souhaitait que les résultats de cette recherche puissent être diffusés et qu'ils permettent d'outiller les organisations œuvrant sur le terrain en ce qui a trait à leurs relations actuelles et futures avec les institutions publiques.

C'est dans ce contexte que, au printemps et à l'automne 2009, nous avons organisé une tournée de formation auprès des organismes membres des regroupements régionaux d'organismes communautaires intervenant auprès des personnes handicapées (déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement – TED). À partir de la typologie des rapports à l'État inspirée de Coston, les participants à la formation étaient invités à identifier quels types de rapport entretenait leur organisation avec les établissements publics et, plus globalement, à réfléchir sur leurs rapports aux établissements publics dans le contexte de la mise en place des projets cliniques par les nouvelles instances créées par la loi 25, les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Bien que la formation portait avant tout sur les rapports avec les établissements publics, celle-ci a été pour nous une occasion de recueillir beaucoup d'informations sur la mise en place des projets cliniques dans les différentes régions du Québec. D'où l'idée de produire ce *Cahier* pour rendre

---

<sup>1</sup> Selon les pays et les traditions qui y sont rattachées, le concept de tiers secteur peut refléter des réalités très différentes. Nous n'entrerons pas ici dans ces détails, mais nous limiterons plutôt à définir ce que, dans ces pages, nous entendons par « tiers secteur ». Ainsi, pour nous, ce concept réfère à l'ensemble des organismes communautaires, autonomes et, au sens large, ainsi qu'aux organismes dits de « l'économie sociale » ayant ou non des activités marchandes.

<sup>2</sup> Pour plus de détails, voir Proulx, J., Bourque D. et S. Savard (2005). *Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec*, Montréal, UQAM, Cahiers du Larepps no 05-13, 79 p.

<sup>3</sup> Bourque, D., Lapierre, A. et S. Savard (2003). *Proposition de travail sur la question des interfaces*, CAP Services aux personnes, ARUC en économie sociale, p.1.

compte de cette information, particulièrement sur les projets cliniques dans le domaine du handicap.

Les informations que nous relatons dans le présent *Cahier* proviennent de trois sources :

- de documents écrits provenant des CSSS et des agences de santé et de services sociaux des régions que nous avons visitées. Dans certains cas, nous avons eu accès aux projets cliniques élaborés par les CSSS ou à des synthèses des projets cliniques, par l'intermédiaire d'un bulletin de liaison du CSSS, par exemple. Dans d'autres régions, nous n'avons pas eu accès aux projets cliniques, mais à des documents officiels qui traitaient des projets cliniques. L'information écrite à laquelle provient exclusivement des sites Internet des CSSS et des agences de santé et de services sociaux;
- d'entrevues réalisées auprès des coordonnateurs des regroupements régionaux d'organismes communautaires intervenant auprès des personnes handicapées (les ROPPH<sup>4</sup>) des régions que nous avons visitées. En effet, avant de nous déplacer dans une région, nous avons pris le soin de « prendre le pouls » de l'état d'avancement des projets cliniques dans la région dans le domaine du handicap et de la participation des organismes communautaires aux travaux entourant les projets cliniques;
- des propos qui ont été tenus par les personnes qui ont participé à la journée de formation organisée dans leur région.

Dans le cadre de notre tournée de formation, nous avons visité 11 régions. Un total de 163 personnes ont participé à l'une ou l'autre des activités de formation. À noter que, dans quelques régions, nous n'avons eu accès à aucun document écrit traitant des projets cliniques. De plus, les informations recueillies auprès des coordonnateurs-coordonnatrices des regroupements régionaux et des participants à la formation n'ont pas été validées auprès de personnes responsables des projets cliniques dans les CSSS concernés<sup>5</sup>. Ceci dit, nous croyons que ce *Cahier* est un bon aperçu des tendances qui se dessinent en ce qui a trait aux projets cliniques dans le domaine du handicap.

Le présent *Cahier* est divisé en deux parties. La première situe le nouveau contexte institué par les lois 25 et 83. La deuxième partie traite successivement de l'état d'avancement des travaux entourant les projets cliniques dans le domaine du handicap dans les régions visitées, de la participation des organismes communautaires à ces travaux, des priorités retenues dans les projets cliniques, et, enfin, de la question des ententes de services entre les organismes communautaires et les CSSS.

## 1. LES LOIS 25 ET 83 ET LES PROJETS CLINIQUES

La réforme Couillard, qui a été concrétisée par les lois 25 et 83, constitue la plus importante réforme du système de santé et de services sociaux depuis celle de 1991. Celle-ci, dont l'objectif était la décentralisation, avait donné lieu aux régies régionales de la santé et de services sociaux. Selon Bourque (2004), la réforme Couillard s'inscrit à la suite du rapport Clair de 2000 et de la loi sur la gouverne de Pauline Marois, de 2001. La *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (la loi 25) a été adoptée en décembre

<sup>4</sup> Regroupement des organismes de promotion des personnes handicapées.

<sup>5</sup> Ce qui aurait constitué une charge de travail qui dépassait de beaucoup les objectifs que nous nous étions fixés.



2003 par l'Assemblée nationale du Québec. Pour l'essentiel, elle abolit les régies régionales de la santé et des services sociaux et les remplace par les agences de développement des réseaux locaux, à qui elle confie la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation de services basé sur les « réseaux locaux de services » (RSL). Un réseau local de services est constitué de l'ensemble des partenaires qui, de près ou de loin, participent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Outre les CSSS, on pense, par exemple, aux établissements de santé et de services sociaux de deuxième ligne (centres jeunesse, centres de réadaptation), aux groupes de médecine familiale (GMF) et autres cliniques médicales, aux résidences privées d'hébergement, aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale. Les établissements et organismes provenant d'autres secteurs d'activité font aussi partie des réseaux locaux de services (éducation, emploi, justice, secteur municipal, etc.). La loi 25 crée également une nouvelle « instance locale », les CSSS. Ce nouvel établissement public de première ligne est issu de la fusion de tous les établissements d'un territoire donné, à l'exception des établissements publics à vocation régionale et de quelques gros hôpitaux. Les CSSS se voient, par ailleurs, confier le mandat de coordonner l'ensemble des services sur leur territoire (Québec, 2003).

C'est ainsi qu'ont été créés 95 réseaux locaux de services, chacun sous la gouverne d'un CSSS. Par leur fonction de coordination des services, les CSSS sont imputables, selon le principe de la « responsabilité populationnelle ». En vertu de ce principe, « les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local devront partager collectivement une responsabilité envers cette population » en rendant « ensemble accessible un éventail de services le plus complet possible »<sup>6</sup>. De plus, avec la réforme Couillard, on adopte une approche de financement par programme, qui doit faire l'objet d'une entente de gestion entre les CSSS et l'Agence régionale (Bourque et Lachapelle, 2010 : 45). Neuf programmes ont été retenus : « santé publique »; « services généraux »; « perte d'autonomie liée au vieillissement »; « déficience physique »; « déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED) »; « jeunes en difficulté »; « dépendances »; « santé mentale »; et « santé physique ».

Le moyen privilégié pour assurer la coordination des services est le projet clinique. En effet, en vertu de la loi 83, chaque CSSS doit se doter d'un « projet clinique et organisationnel ». Les projets cliniques doivent identifier : les besoins sociosanitaires ainsi que les particularités de la population locale; les objectifs poursuivis (ou « cibles d'action prioritaires ») en matière d'amélioration de l'état de santé de la population; l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population; et les modes d'organisation ainsi que les contributions attendues des différents partenaires du réseau local de services. En vertu de l'article 99,5 de la loi 83, les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation de tous les partenaires de leur territoire à la définition du projet clinique (Québec, 2005). De plus, selon cette nouvelle organisation de services, ceux-ci peuvent être dispensés par le CSSS lui-même, ou encore « par le biais d'ententes de services ou d'autres modalités » avec les partenaires du réseau local de services, dont les organismes communautaires (Québec, 2003). Le MSSS stipule, par ailleurs, que c'est sur une base « libre et volontaire » que les organismes communautaires ont à définir les modalités de leur collaboration avec leur CSSS pour assurer une offre de services intégrés à la population, et ce dans le respect de l'autonomie des organismes communautaires (MSSS, 2004).

En somme, avec la réforme Couillard, on confie dorénavant aux CSSS la fonction de coordonner l'ensemble des services sur leur territoire, une fonction qui, auparavant, était dévolue aux régies régionales. De plus, la réforme Couillard, dans sa volonté d'assurer une plus grande intégration

---

<sup>6</sup> <http://msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index/php>

des services, mise sur la conclusion d'ententes de services entre les CSSS et ses partenaires du réseau local de services, dont les organismes communautaires. Selon Bourque, cette « nouvelle donne » introduit de nouveaux rapports entre les CSSS et les organismes communautaires. Ainsi, d'horizontaux qu'ils étaient, ces nouveaux rapports contractuels deviendraient « hiérarchiques » : le CSSS « acquiert un pouvoir sur l'organisme, entre autres, par le financement, dans la reddition de compte et sur le contrôle de la qualité » (2004 : 16). Cette « nouvelle donne » décrite par Bourque n'est pas sans rappeler les enjeux soulevés par la réforme Côté. En effet, en vertu de la loi 120, bien que, nommément, on ne parlait pas d'ententes de services, les régies régionales devaient assumer ce rôle de coordination des activités des organismes communautaires de façon à assurer une plus grande « complémentarité » des services. De la même manière, avec la loi 120, les organismes communautaires étaient invités à participer à la définition de l'organisation des services, par ce que l'on appelait les plans régionaux d'organisation de services (PROS). En confiant aux CSSS le mandat de coordination des services sur leur territoire et la responsabilité d'élaborer un projet clinique, il s'agissait du même phénomène, mais à l'échelle locale cette fois.

Voyons donc maintenant comment, depuis la mise en œuvre de la réforme Couillard, se sont déployés les projets cliniques dans les régions que nous avons visitées, et quelle a été la participation des organismes communautaires intervenant dans le champ du handicap. Nous verrons également dans quelle mesure ceux-ci ont été interpellés pour la conclusion d'ententes de services avec les CSSS pour l'actualisation des cibles d'action prioritaires retenues dans les projets cliniques.

## **2. PROJETS CLINIQUES DANS LE DOMAINE DU HANDICAP**

### **2.1 État d'avancement des projets cliniques**

Dans le domaine du handicap, l'état d'avancement des travaux entourant les projets cliniques est très inégal d'une région à l'autre. Au moment de la collecte de données, sur les 11 régions que nous avons visitées, les projets cliniques avaient été complétés dans cinq régions seulement<sup>7</sup>. Dans plusieurs régions, on a procédé « par étape », et on a décidé de prioriser certains programmes-clientèles pour l'élaboration des projets cliniques (en général quatre ou cinq), laissant les autres de côté à moyen terme. Cette priorisation a, semble-t-il, été faite au niveau régional. Les programmes-clientèles auxquels on a donné la priorité d'une région à l'autre sont souvent les mêmes : personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PAPALV); cancer; santé mentale; jeunes en difficulté. Ainsi, dans aucune de ces régions, on a donné la priorité aux projets cliniques en déficience physique et en déficience intellectuelle/troubles envahissants du développement (DI-TED). Dans quelques régions, des travaux ont toutefois été entrepris au palier régional. De plus, dans au moins deux régions, même si les programmes-clientèles en déficience physique et en DI-TED n'ont pas été priorisés au palier régional, certains CSSS ont néanmoins élaboré des projets cliniques pour ces clientèles.

En somme, l'état d'avancement des travaux entourant l'élaboration des projets cliniques montre une diversité de situations d'une région à l'autre. Pour mettre en évidence cette diversité de situation, soulignons, par exemple, que, dans une région, aucun projet clinique n'a encore été

---

<sup>7</sup> La collecte d'informations s'est déroulée entre avril et décembre 2009. Il est possible que la situation ait évolué depuis.

élaboré, toutes clientèles confondues. Tout au plus, des « forums » regroupant les acteurs de tous les programmes-clientèles auraient eu lieu au palier régional. Des « comités d'orientation et de coordination des réseaux de services intégrés » (COC-RSI) auraient toutefois été créés par programmes-clientèles, mais la démarche ne serait pas plus avancée. À l'inverse, dans un territoire de CSSS d'une région, on en serait déjà à un deuxième projet clinique (2008-2011). Dans une région où l'on a procédé « par étapes », même si des projets cliniques étaient prévus pour les huit programmes-clientèles, il semble que les projets cliniques en déficience physique et en DI-TED ne soient « plus dans l'air », selon la coordonnatrice du Regroupement des organismes de promotion des personnes handicapées (ROPPH), qui dit avoir obtenu cette information lors d'une rencontre avec l'agence de santé et de services sociaux de sa région. Dans quelques régions, on nous a aussi rapporté que l'arrivée et la mise en œuvre des « plans d'accès » en déficience physique et en DI-TED seraient venus bouleverser les travaux prévus pour ces clientèles, ceux-ci ayant pris « toute la place ».

Si l'état d'avancement des travaux entourant l'élaboration des projets cliniques montre une diversité de situations d'une région à l'autre, cette diversité se retrouve également dans la façon dont chacune des régions, voire des territoires de CSSS, a procédé pour élaborer les projets cliniques.

Ainsi, dans certaines régions, on a créé des « tables cliniques » ou des « chantiers » dans chacun des territoires de CSSS pour travailler à l'élaboration des projets cliniques. Dans une région, on nous dit que l'on aurait plutôt travaillé « à partir des tables de concertation déjà existantes ». Dans certaines régions ou territoires de CSSS, ces instances de concertation regroupaient les programmes-clientèles déficience physique et DI-TED, tandis que, dans d'autres, on a travaillé sur des projets cliniques spécifiques à chacune de ces deux populations. Dans une région, on nous a dit que, sur un territoire de CSSS, les services destinés aux jeunes présentant une déficience physique ont été traités dans le projet clinique « jeunes vulnérables » plutôt que dans le projet clinique « déficience physique ». Dans une autre région, les services en déficience physique et en DI-TED ont été regroupés dans le programme « services généraux » aux côtés de « dépendance adulte », « violence conjugale et agressions sexuelles » et « santé physique ».

Dans certaines régions, il semble que les projets cliniques aient tous été conçus à partir du même « modèle », par l'agence de santé et de services sociaux, alors que, dans d'autres, les CSSS auraient davantage conçu leur projet clinique à partir de leur réalité et de la dynamique locale. Ainsi, dans un territoire de CSSS d'une région que nous avons visitée, il n'y aurait pas eu à proprement parler de « projet clinique », mais plutôt un grand exercice de planification dans lequel des priorités auraient été arrêtées. L'investissement consenti à l'élaboration des projets cliniques semble aussi varier beaucoup d'une région ou d'un territoire de CSSS à un autre. Ainsi, alors que, dans un territoire de CSSS, l'exercice semble avoir été fait plutôt rapidement (en quatre ou cinq rencontres) à partir de documents produits par des « chargés de projet », dans un autre, on a procédé à des consultations plus poussées, par exemple en organisant des groupes de discussion avec des usagers et des parents. Dans une région encore, les projets cliniques ont été élaborés en plusieurs « phases » s'échelonnant sur plusieurs années.

Enfin, nous avons vu plus haut que, dans certaines régions, les travaux entourant les projets cliniques dans le domaine du handicap se sont déroulés au niveau régional plutôt qu'au niveau local, ce qui apparaît plutôt étonnant dans le contexte où ce sont les CSSS qui ont reçu le mandat d'élaborer les projets cliniques. Si, dans certaines régions, ces travaux se sont déroulés au niveau régional puisque les programmes-clientèles déficience physique et DI-TED n'ont pas été priorisés

pour l'élaboration des projets cliniques, dans une région, le projet clinique en déficience physique et en DI-TED, contrairement aux autres programmes-clientèles, a été élaboré au palier régional véritablement par choix. « On voulait éviter des disparités, des écarts », nous a-t-on rapporté. Aussi, il semble que les deux centres de réadaptation régionaux étaient d'accord avec cette façon de procéder puisque cela leur évitait de devoir participer aux travaux de plusieurs tables locales.

En somme, malgré les prescriptions de la Loi, on voit comment les dynamiques locales et régionales sont à l'œuvre. Au bout du compte, on constate que l'état d'avancement des travaux entourant les projets cliniques est très inégal. En effet, cinq ans après la mise en œuvre de la réforme Couillard, on ne trouve encore, dans le domaine du handicap, aucun projet clinique dans plusieurs territoires de CSSS, voire dans des régions entières, de sorte que plusieurs des personnes œuvrant dans les organismes communautaires que nous avons rencontrés étaient très peu informées sur les projets cliniques et sur leurs implications, et n'ont pratiquement aucun lien avec les CSSS. Même dans les régions où des projets cliniques ont été élaborés, il semble bien que tous les CSSS n'ont pas avancé au même rythme. Ainsi, le portrait d'ensemble qui se dégage de la tournée des régions que nous avons faite montre une réalité très diversifiée.

## **2.2 La participation des organismes communautaires aux projets cliniques**

Comme nous l'avons vu plus haut, les « balises » entourant la production des projets cliniques par les CSSS suppose la mobilisation et la participation de tous les acteurs concernés, dont les organismes communautaires. Qu'en a-t-il été dans la réalité ? Les organismes communautaires intervenant dans le domaine du handicap ont-ils été invités à participer aux travaux ? Et si oui, y ont-ils participé et en ressortent-ils satisfaits ?

Dans les régions que nous avons visitées, là où des travaux ont eu lieu, les organismes communautaires ont généralement été invités à participer aux travaux, et c'est dans une très grande majorité qu'ils l'ont fait. La situation semble toutefois avoir été différente dans la région montréalaise. En effet, la coordonnatrice du regroupement régional explique que, dans au moins un territoire de CSSS, elle a « pisté » le CSSS sur des organismes communautaires qui pourraient participer aux travaux, mais aucune suite n'aurait été donnée. Dans un document officiel d'un CSSS de l'île de Montréal présentant la démarche des projets cliniques, on laisse toutefois entendre que la démarche était participative, mais personne n'a pu en témoigner à la formation. De fait, seulement trois des 18 personnes présentes à la formation de la région de Montréal ont dit avoir participé aux travaux entourant l'élaboration du projet clinique de leur territoire, et toutes trois provenaient du même territoire de CSSS. Selon la coordonnatrice du regroupement régional, à Montréal, plusieurs organismes communautaires ont une vocation régionale, c'est-à-dire qu'ils interviennent sur plusieurs territoires de CSSS, ce qui pourrait expliquer cette situation particulière. En effet, en région, la très grande majorité des organismes communautaires intervenant dans le domaine du handicap ont une vocation locale, et leur territoire de desserte couvre habituellement, en tout ou en partie, le territoire du CSSS.

Outre cette exception montréalaise, les données que nous avons recueillies démontrent que, de façon générale, les organismes communautaires intervenant dans le domaine du handicap ont été identifiés, par les CSSS, comme partie intégrante des réseaux locaux de services et que, à ce titre, ils ont été invités à participer aux travaux entourant l'élaboration du projet clinique de leur territoire. Ils y ont effectivement participé en grand nombre. C'est souvent de façon très active

que les organismes communautaires y ont participé. Dans une région, on constate notamment que le ROPPH a travaillé étroitement avec la Table régionale des organismes communautaires (TROC) du domaine de la santé et des services sociaux, qui a produit des documents pour outiller les groupes pour leurs travaux entourant l'élaboration des projets cliniques. Notons, enfin, que, dans les quatre régions où des travaux ont été faits au palier régional, les organismes communautaires y ont également participé *via* leur regroupement régional, le ROPPH.

Qu'en est-il maintenant de la satisfaction des organismes communautaires devant cette participation ? Sur cette question, les avis sont partagés. En effet, selon les régions et les territoires de CSSS, certains se disent satisfaits de la démarche, d'autres en ressortent avec le sentiment que « ça n'a rien donné ». Ceux qui sont satisfaits ont dit s'être sentis écoutés, respectés et considèrent qu'on a tenu compte de leurs points de vue. Dans une région, on a souligné, par exemple, qu'il y avait « beaucoup d'anciens du communautaire » qui étaient maintenant au CSSS et que cela créait une certaine ouverture, une « plus grande sensibilité aux organismes communautaires ». Dans une autre région, la coordonnatrice du ROPPH parle d'une « super-participation » des organismes communautaires, qui ont été particulièrement actifs et clairement entendus. Ces propos ont été confirmés par les personnes qui étaient présentes à la formation. Les propos entendus laissent qu'il semble exister, dans cette région, une certaine culture de concertation et que les organismes communautaires intervenant dans le domaine du handicap entretiennent, de façon générale, de bons liens avec les établissements publics. Dans une région, les personnes qui ont participé au projet clinique de leur territoire de CSSS ont dit s'être senties écoutées et considérées dans le « chantier » déficience physique, mais les avis étaient plus partagés en ce qui a trait au chantier DI-TED.

Parmi les personnes qui ont affiché une satisfaction plus mitigée, certaines ont dit avoir eu l'impression d'être « utilisées » dans cette démarche du CSSS, qu'ils ne s'étaient pas vraiment sentis considérés et que, au fond, la consultation était plus ou moins « bidon », et les priorités « un peu définies à l'avance ». Dans un territoire de CSSS, par exemple, on souligne que « des projets se font en dehors du projet clinique » et que, finalement, les priorités établies ne sont pas suivies. Dans un autre, on souligne que le « consensus » établi entre les partenaires lors des travaux a ensuite été modifié par les instances du CSSS. D'autres soutiennent que les travaux ont permis d'identifier « de belles priorités » mais que, deux ans plus tard, « ça n'a rien donné ». « On ne l'aurait pas fait, et ça aurait été pareil », a-t-on rapporté. Par ailleurs, si certaines personnes admettent que les projets cliniques n'ont pas encore donné de résultats concrets, plusieurs demeurent confiants. « Au minimum, dit-on, cela aura permis de mieux nous faire connaître ».

En somme, les informations que nous avons recueillies tendent à démontrer encore ici que les dynamiques locales semblent jouer un rôle déterminant dans la façon dont se sont déroulés les travaux entourant l'élaboration des projets cliniques par les CSSS. On peut penser que, dans certains cas, les CSSS ont fait un exercice plus ou moins sérieux qui, pour l'essentiel, visait surtout à se conformer à l'obligation qui leur était faite de produire un projet clinique. Ailleurs, la démarche a été faite plus rigoureusement dans le souci d'impliquer et de tenir compte du point de vue des organismes communautaires est elle aussi tributaire des dynamiques locales. On peut penser en effet que là où les organismes communautaires ont été en mesure d'établir un certain rapport de force vis-à-vis les établissements publics, ils se sont sentis davantage écoutés et ont pu exercer une plus grande influence sur le contenu du projet clinique.

### 2.3 Les priorités retenues dans les projets cliniques

Comme nous l'avons souligné plus haut, l'état d'avancement des travaux entourant les projets cliniques dans le domaine du handicap est très inégal d'une région à l'autre, de sorte que, dans plusieurs territoires de CSSS, aucun projet clinique n'a encore été adopté.

Nous avons eu accès à douze projets cliniques. Ceux-ci avaient tous identifié des priorités pour la déficience intellectuelle et les TED, mais seulement cinq d'entre eux en avait identifié pour la déficience physique. Il semble donc que, à l'intérieur du champ du handicap, la déficience intellectuelle et les TED aient été priorisés au détriment de la déficience physique.

Dans les 12 projets cliniques auxquels nous avons eu accès, on trouve, dans l'ensemble, deux types de priorités<sup>8</sup>. Certaines priorités sont très générales et, dans certains cas, les projets cliniques consultés se limitent à ces priorités qui ont un caractère général. Puis, il y a des priorités plus spécifiques qui visent l'amélioration d'un type de service précis. La quantité de priorités identifiées dans le domaine du handicap varie également beaucoup d'un CSSS à un autre, allant de deux à 15 priorités identifiées.

Que ce soit en déficience physique ou en DI-TED, quelques priorités à caractère général reviennent d'un projet clinique à un autre. On souligne, par exemple, que l'on veut « améliorer » ou « rehausser l'accès aux services de première ligne », ou encore « assurer un accès rapide et efficient aux services ». Plusieurs priorités plus générales ont trait également à la volonté d'améliorer la concertation et la collaboration entre les différents dispensateurs de services. On parle, par exemple, de « consolider les liens de concertation entre la première ligne et la deuxième ligne », d'« initier une démarche de mise en réseau des partenaires intervenant en DI-TED », d'« optimiser les arrimages avec le milieu scolaire », ou encore de la « mise en place de mécanismes de référence et de suivi ». Assurer la « continuité des services » est aussi une priorité qui est identifiée à plusieurs reprises, de même que la volonté d'assurer « des services complémentaires et intégrés ». Dans un projet clinique, dans le domaine de la déficience intellectuelle et des TED, on dit vouloir « clarifier les responsabilités entre la première ligne et la deuxième ligne ».

Des priorités identifiées dans les projets cliniques ont encore un caractère plus général, par exemple : « faire connaître tous les services offerts par les différents établissements et organismes »; « assurer la participation des usagers et des parents dans le processus d'amélioration des services »; « développer des services d'intégration et de participation sociale »; ou encore « soutenir la participation sociale des personnes ».

Dans le domaine de la déficience physique, deux priorités à caractère plus spécifiques reviennent plus souvent : l'une concerne les services de soutien aux familles, l'autre, les services d'hébergement. Ainsi, dans un CSSS, on dit vouloir « rehausser l'offre de ressources variées de soutien aux familles », tandis que, dans un autre, on dit vouloir « développer des ressources de répit/dépannage ». Un CSSS dit vouloir « évaluer les besoins en hébergement temporaire, dont les services de répit ». Deux projets cliniques ont identifié une priorité relative aux services d'hébergement. Dans un cas, on dit vouloir « revoir l'offre de services d'hébergement dans la

---

<sup>8</sup> Selon les CSSS, on a identifié des « priorités », des « objectifs », des « cibles prioritaires », des « zones d'amélioration », bref un vocabulaire différent pour indiquer sur quoi on souhaitait travailler. Nous utilisons ici le mot « priorité » en faisant l'hypothèse que toutes ces appellations sont interchangeables.

communauté », tandis que, dans l'autre, on dit vouloir « rendre accessibles des ressources d'hébergement variées ».

D'autres priorités spécifiques à certains CSSS ont aussi été identifiées dans le domaine de la déficience physique. Ainsi, dans un CSSS, on dit vouloir « augmenter l'offre de services de soutien à domicile », « consolider les équipes de stimulation précoce » et « élaborer un plan d'action en intégration sociale et en emploi ». Dans un autre, on dit vouloir « favoriser l'accès à un médecin de famille » et « consolider les services de première ligne en orthophonie, en physiothérapie et en ergothérapie ». Dans un autre, enfin, on veut « assurer l'accès à des services de transport et d'accompagnement ».

Les deux priorités les plus fréquentes dans le domaine de la déficience intellectuelle et des TED concernent aussi les services de soutien aux familles et les services résidentiels. En effet, en ce qui a trait aux services de soutien aux familles, presque tous les projets cliniques que nous avons pu consulter les ont identifiés comme une priorité, en particulier les services de répit. Ainsi, selon les territoires de CSSS, on parle de « rehausser » ou d'« optimiser » les services d'accompagnement et l'offre de soutien aux familles. Dans d'autres, on parle de « développer », de « mettre en place » des services de répit, de « rehausser le nombre de places disponibles, ou encore de « diversifier » l'offre de services de répit. Dans un territoire de CSSS, pour « consolider l'accès à des services de répit », on dit vouloir développer une ressource privée de répit. Dans un autre, on souhaite « élaborer un modèle de partenariat entre le CSSS et les organismes communautaires » pour tout ce qui concerne les services de soutien aux familles.

L'autre priorité souvent mentionnée dans les projets cliniques en DI-TED a trait aux ressources résidentielles. Celles-ci ont fait l'objet de priorités dans cinq des 12 projets cliniques consultés. Offrir un accès à des ressources résidentielles « variées » a fait l'objet d'une priorité dans trois CSSS. Dans un territoire de CSSS, on dit, par ailleurs, vouloir développer des « ressources variées de transition vers un milieu de vie autonome ou substitut ». Dans un autre, on veut diminuer le nombre de RTF au profit de « programmes de soutien aux logements sociaux ». Dans la même veine, l'idée de développer des services de soutien à domicile pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un TED a fait l'objet d'une priorité dans trois territoires de CSSS. Ainsi, selon les territoires, on souhaite « rehausser » ou « réviser » l'offre de services de soutien à domicile, ou encore « développer des modalités de maintien dans le milieu ».

Hormis ces deux grandes priorités que semblent constituer les services aux familles et les services résidentiels, peu de services ont été identifiés comme prioritaires en DI-TED. Un meilleur accès à des services de dépistage et de stimulation précoce a été identifié dans deux territoires de CSSS, tandis que, dans un autre, on veut mettre en place un « mécanisme de concertation entre les partenaires pour les enfants en attente d'un diagnostic ». L'une des priorités identifiée dans un territoire de CSSS a trait à « l'amélioration des mécanismes d'accès au transport en commun ».

En somme, dans les projets cliniques que nous avons étudiés, que ce soit dans le domaine de la déficience physique ou dans celui de la déficience intellectuelle et des TED, on constate que ce sont les services résidentiels, et encore davantage les services de soutien aux familles qui sont objet de préoccupation, et en particulier les services de répit. Dans une région où des travaux se sont déroulés au palier régional, et bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un projet clinique, le coordonnateur du ROPPH qui a participé aux travaux raconte que, là aussi, les deux

priorités « communes » aux territoires de CSSS qui ont été retenues concernent les services de logement/hébergement et les services de répit/dépannage.

Voyons maintenant dans quelle mesure les organismes communautaires ont été identifiés comme partenaires potentiels dans la mise en place de ces services.

## **2.4 Ententes de services et organismes communautaires**

Comme nous l'avons vu plus haut, avec la réforme Couillard et son concept de responsabilité populationnelle, les CSSS ont reçu le mandat d'assurer la coordination de l'ensemble des services sur leur territoire, y compris ceux des organismes communautaires. Pour ce faire, ils devaient établir des mécanismes de collaboration. Ces mécanismes pouvaient prendre la forme « d'ententes de services ou d'autres modalités ». Qu'en est-il dans le domaine du handicap ?

Selon les informations que nous avons recueillies dans les 11 régions que nous avons visitées, il semble que, jusqu'à présent, très peu d'organismes communautaires intervenant dans le domaine du handicap ont été sollicités par les CSSS pour offrir des services dans le cadre d'ententes de services. En fait, dans une seule région, on nous dit que des organismes communautaires « commencent à être sollicités ». Dans une autre région, la question des ententes de services « serait dans l'air », selon la coordonnatrice du ROPPH, mais rien ne serait encore sur le point de se concrétiser. Dans toutes les autres régions visitées, on dit que cette question des ententes de services avec les CSSS n'a jamais été abordée, qu'elle « n'est pas à l'ordre du jour », du moins jusqu'à présent.

Par ailleurs, les projets cliniques ou les documents traitant des projets cliniques que nous avons étudiés indiquent que, dans certains CSSS, on souhaite que les organismes communautaires soient mis à contribution. Dans un document dans lequel un CSSS présente la démarche d'élaboration de son projet clinique, par exemple, on indique que, au terme de l'exercice, « des ententes de services seront conclues avec les partenaires, dont le communautaire ». Dans d'autres, on voit que des organismes communautaires pourraient être pressentis pour la mise en œuvre des priorités retenues. Dans un territoire de CSSS, c'est effectivement un organisme communautaire qui a été identifié pour offrir les services de répit prévus au projet clinique. Toutefois, le financement des services ne proviendrait pas d'une entente de services avec le CSSS, mais plutôt de l'agence régionale de santé et de services sociaux. De plus, il semble que ce projet visant la création d'une ressource de répit, « issu de la concertation de parents, d'organismes et d'établissements », était déjà en branle depuis quelques années et qu'on l'a tout simplement intégré au projet clinique.

Enfin, dans une région, on rapporte qu'il y aurait des « rumeurs » à l'effet que le financement des organismes communautaires passe dorénavant par les CSSS. Dans deux autres régions, on dit que l'agence de santé et de services sociaux a tendance à diriger les organismes communautaires vers les CSSS pour leur financement supplémentaire.

En somme, si, dans certains CSSS, les organismes communautaires sont parfois pressentis pour la mise en œuvre des priorités retenues et, le cas échéant, dans le cadre d'ententes de services avec les CSSS, on ne peut pas conclure, après ce tour d'horizon, que ce phénomène se traduit encore dans la réalité. Cette tournée auprès des organismes communautaires de 11 régions nous a, par ailleurs, permis de constater que plusieurs organismes communautaires intervenant dans le



domaine de la déficience intellectuelle ont déjà des ententes de services, mais avec les centres de réadaptation (CRDITED). De plus, il semble que ces ententes de services existent déjà depuis plusieurs années. Ce phénomène apparaît toutefois plus marginal en déficience physique. De plus, soulignons que, dans les régions où les données étaient disponibles, le financement par ententes ou par projets spécifiques provenant de l'agence de santé et de services sociaux aux organismes communautaires intervenant dans le champ du handicap représente, selon les régions, entre 0 % et 23 % de leur financement. Par comparaison, le financement à la mission provenant du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) représente entre 77 % et 100 %<sup>9</sup>. On trouve toutefois une exception. Dans une région, le financement par programmes ou par « objectifs » de l'agence de santé et de services sociaux représente 36 % du financement des organismes intervenant auprès des personnes handicapées. De plus, selon le coordonnateur du ROPPH, ce financement exclut les montants versés aux organismes communautaires dans le cadre d'un programme de répit-dépannage pour lequel on demande aux organismes communautaires de « soumissionner ». En 2007-2008, 965 000 \$ ont été versés aux organismes communautaires dans le cadre de ce programme.

En somme, ces données indiquent que, en ce qui a trait au financement par ententes de service, il y a peut-être plus à craindre des CRDITED que des CSSS. Dans quelques régions, on a, en effet, fait mention de CRDITED qui, dans la redéfinition en cours de leur mandat, auraient tendance à vouloir se désengager de certains services, notamment des services socioprofessionnels, au profit des organismes communautaires. Ceci dit, dans l'ensemble, les personnes que nous avons rencontrées dans cette tournée des régions disent ne pas trop craindre ces ententes de services. Au contraire, dans plusieurs régions, on se dit même ouverts à de telles ententes, à condition de pouvoir les négocier de façon à préserver son autonomie. Dans une région, on ne craint pas l'instrumentalisation par les établissements du réseau public, puisque, dit-on, on a « de bonnes relations avec eux » et « on se sent très bien respectés ». Dans une autre région, une participante, qui offre un service de répit non financé, dit même souhaiter avoir une entente de service avec le CSSS, une des priorités retenues dans le projet clinique, afin de faire financer son service de répit. Dans une autre, un cadre de relations des organismes communautaires avec les établissements publics dans le contexte des projets cliniques a été produit au palier régional par la Table régionale des organismes communautaires (TROC). Ce cadre fait explicitement référence à la possibilité de conclure des ententes de services et en définit les balises. Ainsi, si on continue à revendiquer le financement à la mission (provenant du programme SOC), on n'exclut pas la possibilité de conclure aussi des ententes de services avec des établissements, des ententes que l'on compte bien négocier cependant.

En somme, sur la question des ententes de service, on constate que la situation est très variable d'une région à l'autre et que, là où il y a des ententes, celles-ci ont été conclues préalablement et indépendamment de la réforme Couillard. Cette réforme n'a pas entraîné un mouvement de fond vers des ententes de services entre les organismes communautaires et les CSSS, à tout le moins pas jusqu'à présent. Ceci dit, nous avons vu que, dans trois régions, l'agence de santé et de services sociaux aurait tendance à diriger les organismes communautaires vers les CSSS, s'ils voulaient avoir du financement supplémentaire. De plus, lorsque l'on examine les priorités dans

---

<sup>9</sup> Ces données proviennent du rapport annuel de gestion 2007-2008 des agences de santé et de services sociaux des régions visitées. Dans plusieurs régions, le rapport annuel de gestion ne distingue pas le financement provenant du PSOC et le financement par programmes. De plus, dans certaines régions, le financement par programmes est inclus dans le programme SOC, ce qui rend difficile une juste appréciation du financement par programmes par rapport au financement SOC.

les projets cliniques auxquels nous avons eu accès (ressources de répit et logement/hébergement), on peut penser que la nature de ces services à mettre en place puisse interpeller les organismes communautaires. Faut-il y voir là une occasion de rendre disponibles des services qui apparaissent essentiels pour les personnes handicapées ? Ou doit-on au contraire y voir une instrumentalisation des organismes communautaires ? Les propos entendus dans notre tournée des régions semblent indiquer que les organismes communautaires privilégient plutôt la première avenue, même si, disent-ils, « il faut rester alertes ».

## CONCLUSION

Cette tournée des régions que nous avons faite auprès des organismes intervenant auprès des personnes handicapées a été l'occasion de recueillir beaucoup d'informations en ce qui a trait aux projets cliniques dans le domaine du handicap un peu partout au Québec. Elle nous a permis de dresser un état de la situation qui, faute d'être exhaustif, a sans doute le mérite de donner un aperçu de leur avancement et de la participation des organismes communautaires dans leur élaboration et leur mise en œuvre. À partir de cet état de situation, on peut tirer certains constats.

Tout d'abord, il ressort de cet exercice que l'avancement des projets cliniques dans le domaine du handicap est très inégal d'une région à l'autre. Cinq ans après la mise en œuvre de la réforme Couillard, il existe plusieurs territoires de CSSS qui n'ont toujours pas leur projet clinique. Nous avons vu notamment que, dans les régions où l'on a donné la priorité à des programmes-clientèles pour l'élaboration des projets, aucun programme en déficience physique et DI-TED n'a été priorisé.

Il ressort également de cet exercice que, là où des projets cliniques ont été élaborés (ou sont toujours en élaboration), leur élaboration est très diversifiée. Ainsi, selon les territoires de CSSS, on a créé des « chantiers » ou des « comités de concertation » aux compositions variées, et les CSSS se sont attelés à la tâche avec plus ou moins de sérieux et de rigueur. Ceci met en lumière comment les dynamiques locales et régionales sont à l'œuvre dans ce type de démarche. Ce constat semble, par ailleurs, appuyer les conclusions de Bourque (2007) qui, a identifié les trois façons des CSSS d'aborder la question des projets cliniques. Soit les projets cliniques ont été traités comme une obligation purement administrative, que l'on confie à un consultant; soit on s'y est investi sérieusement et on en a fait une occasion de participation du milieu et de développement; ou soit on a tout simplement laissé passer « la vague » en attendant la prochaine réforme de système de santé et de services sociaux.

Notre tournée des régions a aussi permis de constater que, là où des projets cliniques ont été élaborés dans le domaine du handicap, les organismes communautaires ont généralement été invités à participer à son élaboration, et qu'ils y ont effectivement participé activement. Leur satisfaction quant à cette participation apparaît toutefois mitigée. Ainsi, autant on dit avoir senti que son point de vue était entendu et pris en compte dans certains territoires de CSSS, autant ailleurs on dit avoir l'impression d'avoir été instrumentalisé par les CSSS dans une démarche qui apparaissait plutôt « bidon ». Sans doute faut-il ici faire un lien avec le constat précédent. On peut penser en effet que, là où les CSSS ont fait des projets cliniques un exercice sérieux et participatif, les organismes communautaires qui ont eu le sentiment d'être davantage entendus et en sont ressortis plus satisfaits.

En ce qui a trait à la question des ententes de services, il ressort que, depuis l'adoption des lois 25 et 83, les ententes de services entre les CSSS et les organismes communautaires ne sont pas vraiment à l'ordre du jour dans la grande majorité des régions. À l'évidence, nous n'avons pas assisté à des transferts de fonds massifs vers les CSSS à l'intention des organismes communautaires, et les ententes de services semblent constituer davantage l'exception que la règle. Ceci dit, nous avons vu également que les priorités retenues dans les projets cliniques, si elles étaient mises en œuvre, pourraient interpeller les organismes communautaires qui n'apparaissent pas forcément réfractaires à de telles ententes, si celles-ci se font dans le respect de leur autonomie.

Ainsi, même si le cadre légal institué par les lois 25 et 83 permet aux CSSS de conclure des ententes de services avec les organismes communautaires et d'exercer un certain contrôle sur leurs activités, dans les faits, dans le domaine du handicap à tout le moins, il apparaît évident que l'on n'en est pas là. Il est, par ailleurs, difficile de ne pas faire le parallèle ici avec la loi 120, de 1991, qui, en grande partie, soulevait les mêmes enjeux. En effet, avec ce qu'on a appelé la réforme Côté, les régies régionales avaient aussi le mandat, en vertu de la loi, d'assurer la coordination des services sur leur territoire, y compris ceux des organismes communautaires. Les organismes communautaires étaient invités à participer à l'élaboration de « plans régionaux d'organisation de services » (PROS) à partir desquels ils pouvaient être partie prenante à l'offre de services par des ententes de services. Or, 20 ans plus tard, on constate que le financement provenant du Programme SOC représente toujours 86 % du financement des organismes communautaires (SACAIS, 2010). S'il est vrai, comme on l'a vu, que l'on trouve, dans certaines régions, du financement par programmes à l'intérieur même du PSOC, et qu'il faut en conséquence utiliser cette donnée avec prudence, il n'en demeure pas moins que le financement à la mission demeure toujours nettement prépondérant.

Ceci dit, nous avons vu que les priorités retenues dans les projets cliniques peuvent interpeller les organismes communautaires, ce qui pourrait en amener plusieurs à vouloir conclure des ententes de services. Ce « risque » est d'autant plus grand que les organismes communautaires intervenant auprès des personnes handicapées sont parmi les organismes les moins financés, sinon les moins financés du secteur de la santé et des services sociaux. Ainsi, selon les données tirées des rapports annuels de gestion des agences de santé et de services sociaux, le financement accordé aux organismes intervenant auprès des personnes handicapées représentait en moyenne, en 2007-2008, seulement 63 % du financement octroyé à l'ensemble des organismes du secteur de la santé et des services sociaux. De fait, dans une seule région, le financement moyen accordé aux organismes intervenant auprès des personnes handicapées était plus élevé que celui des autres secteurs d'intervention, une situation attribuable, par ailleurs, à l'importance du financement par programmes dans cette région (23 % du financement des organismes intervenant dans le domaine du handicap). On peut penser que ce financement accordé aux organismes intervenant auprès des personnes handicapées peut les rendre plus vulnérables face à la possibilité de conclure des ententes de services. Nous avons vu d'ailleurs que, en déficience intellectuelle, plusieurs organismes ont déjà des ententes de services avec le CRDITED. L'exercice que nous avons mené a aussi mis en évidence que plusieurs organismes communautaires ne sont pas forcément réfractaires à conclure de telles ententes de services et paraissent même plutôt confiants que de telles ententes puissent être conclues dans le respect de leur autonomie. À cet égard, on peut penser que la formation que nous avons livrée dans les 11 régions visitées sur les rapports entre les organismes communautaires et les établissements publics pourra être mise à profit. En effet, plus de la moitié des personnes qui ont participé à la formation ont indiqué, dans la fiche

d'évaluation de la formation (*voir* annexe 1, p. 16-17), qu'elles prévoyaient faire référence aux contenus de la formation dans le cadre de prochaines rencontres avec leurs partenaires.

## RÉFÉRENCES

- BOURQUE, D., LAPIERRE, A. et S. SAVARD (2003). *Proposition de travail sur la question des interfaces*, CAP Services aux personnes, ARUC en économie sociale, 3 p.
- BOURQUE, D. (2004). *Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires*, Montréal, UQAM, Cahiers du Larepps no 04-32, copublication CERIS/UQO, 25 p.
- BOURQUE, D. (2007). *Implication des CDC dans les projets cliniques des CSSS*, Communication présentée à la Rencontre annuelle du Larepps-Essbe, le 25 mai.
- BOURQUE, D. et R. LACHAPELLE (2010). *Service public, participation et citoyenneté. L'organisation communautaire en CSSS*, Québec, Presse de l'Université du Québec, 162 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, 75 p.
- PROULX, J., BOURQUE, D. et S. SAVARD (2005). *Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec*, Montréal, UQAM, Cahiers du Larepps no 05-13, 79 p.
- QUÉBEC (2003). *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Gouvernement du Québec, Chapitre 24.
- QUÉBEC (2005). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Gouvernement du Québec, Chapitre 32.
- SECRETARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME ET AUX INNOVATIONS SOCIALES (SACAIS) (2010). *État de situation de l'intervention gouvernementale en matière d'action communautaire, édition 2009-2010*, Gouvernement du Québec.



## ANNEXE 1

### Activité de formation sur les rapports à l'État À l'intention des membres des ROPH

#### Bilan des fiches d'évaluation

Nombre total de participants à la formation : 163

Nombre de répondants : 122 (75 %)

#### Section 1 : Format et contenu de la formation

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Plutôt en désaccord</b>	<b>Tout à fait en désaccord</b>
<b>Le contenu de la formation était pertinent</b>	66 %	30 %	3 %	1 %
<b>Le contenu de la formation était présenté de façon claire et vulgarisée</b>	64 %	34 %	1 %	1 %
<b>Au cours de la formation, il y avait un bon équilibre entre le temps alloué aux prestations et le temps alloué aux discussions</b>	60 %	36 %	3 %	1 %
<b>Au cours de la formation, il y avait un bon équilibre entre le temps alloué à la théorie et le temps alloué à la pratique</b>	49 %	46 %	5 %	0 %
<b>L'exercice pratique a été utile</b>	63 %	29 %	5 %	2 %
<b>L'exercice pratique a été facile</b>	20 %	61 %	19 %	0 %
<b>La durée de la formation était adéquate</b>	60 %	34 %	4 %	2 %
<b>La documentation fournie a été utile</b>	63 %	33 %	1 %	3 %
<b>La documentation fournie a été suffisante</b>	65 %	31 %	4 %	0 %
<b>Je recommanderais cette formation à des collègues de travail ?</b>	53 %	41 %	5 %	1 %
<b>Je recommanderais cette formation à d'autres personnes extérieures à mon organisation</b>	55 %	39 %	5 %	1 %

#### Appréciation générale

Globalement, cette formation :

- a été très en deçà de mes attentes 3 %
- a été en deçà de mes attentes 8 %
- a rejoint mes attentes 58 %
- a dépassé mes attentes 26 %
- a largement dépassé mes attentes 5 %

**Section 2 : Utilisation anticipée du contenu de la formation**

	Oui	Non	Ne sait pas	Ne s'applique pas
Avant d'assister à cette formation, vous considérez-vous comme étant déjà bien informée sur la thématique abordée ?	24 %	71 %	4 %	1 %
Aviez-vous déjà participé à une formation sur cette thématique ?	12 %	87 %	0 %	1 %
Aviez-vous déjà consulté de la documentation sur cette thématique ?	23 %	76 %	0 %	1 %
Prévoyez-vous discuter des contenus de cette formation avec des personnes au sein de votre organisation ?	83 %	4 %	10 %	3 %
Prévoyez-vous discuter des contenus de cette formation avec des personnes à l'extérieur de votre organisation ?	56 %	18 %	25 %	1 %
Prévoyez-vous faire référence au contenu de cette formation dans le cadre de prochaines rencontres avec des partenaires ?	54 %	13 %	29 %	4 %
Est-ce que cette formation vous inspire de nouvelles idées ou de nouvelles façons de faire ?	70 %	13 %	16 %	1 %
Est-ce que cette formation change vos convictions à l'égard de certaines pratiques que vous avez actuellement ?	56 %	31 %	12 %	1 %
Prévoyez-vous éventuellement lire de la documentation associée à cette thématique ?	58 %	13 %	30 %	0 %
Souhaiteriez-vous éventuellement participer à une autre formation sur cette thématique ?	52 %	21 %	27 %	1 %

**Section 3 : Vos suggestions pour améliorer cette formation**

(Résultats non disponibles)