

ATELIER F

LA PARTICIPATION DU MILIEU COMMUNAUTAIRE AUX INITIATIVES GOUVERNEMENTALES ET PRIVÉES EN MATIÈRE DE RÉUSSITE ÉDUCATIVE

IDENTIFICATION ET VALIDATION DES CONTENUS

Nathalie Trépanier,
Université de Montréal

RÉDACTION

André Lemelin

DU CHOC CULTUREL À UN VÉRITABLE PARTENARIAT

«L'approche communautaire de la santé et du bien-être, même après quelques décennies d'intervention en CLSC, n'est pas un acquis pour tous», écrit René Lachapelle (p. 81). Du fait de cultures organisationnelles foncièrement différentes et d'un rapport de force inégalitaire avec l'État, les organismes communautaires ont dû trouver des moyens de participer aux programmes de santé publique tout en poursuivant leur mission propre.

Pour répondre à la nécessité, alors largement ressentie, d'améliorer la réponse aux besoins des citoyens, la réforme des services de santé et des services sociaux, dite réforme Côté (1990), appelait à la complémentarité entre les acteurs, à l'uniformisation des pratiques, dans une perspective de planification intégrée des services. Défini comme une volonté de «coordonner les activités des établissements publics et des organismes communautaires en favorisant entre eux la concertation et la collaboration», le partenariat était à la base de la réorganisation du réseau. Il s'est considérablement développé depuis. Comme l'écrivent Fournier et coll., les lieux de concertation se sont multipliés; le processus de définition des priorités régionales s'accomplit avec une plus grande participation du milieu communautaire; divers

types de collaboration entre organismes communautaires et établissements publics visent à favoriser un meilleur arrimage de leurs services.

Les mêmes auteurs rappellent cependant que les groupes communautaires ont craint que l'État ne reconnaisse leur contribution sociale, qu'en tant que dispensateurs de services à des individus, et non en tant que catalyseurs du progrès d'une collectivité. Ils ne voulaient pas se retrouver dans un simple rapport de sous-traitance, ce qui les aurait amenés à se renier purement et simplement. Les organismes communautaires avaient le choix entre deux attitudes : l'autonomisme (la collaboration demeure tributaire de leurs choix) ou le complémentarisme (leurs pratiques s'inscrivent dans la planification intégrée des services). Dans les deux cas, les dangers de dérive sont bien réels.

Ainsi, un organisme qui défend à tout prix son autonomie risque de passer à côté de collaborations qui auraient pu contribuer à la poursuite de ses propres objectifs. D'un autre côté, un organisme inscrivant toute son action dans une logique de complémentarité pourra voir sa marge de manœuvre réduite, son rôle dicté par d'autres. Ce peut être le cas d'organismes récents, dont l'expertise est peu développée et qui accèdent ainsi à un meilleur financement au risque de perdre leur identité, ou bien d'organismes ayant développé une expertise et qui monnaient en quelque sorte leur savoir-faire en échange d'un financement stable.

Dans les faits, cependant, toujours selon Fournier et coll., les organismes communautaires se livrent la plupart du temps à un exercice d'équilibre entre l'une et l'autre attitude. Ces organismes sont avant tout des espaces démocratiques et des lieux d'expérimentation et de solidarité, mais ils ne peuvent espérer exercer quelque influence en demeurant en vase clos. Bien que le rapport de force avec l'État soit inégalitaire, ils disposent d'une certaine marge de manœuvre, qu'ils ont cherché à augmenter par la mise au point d'une nouvelle stratégie. Mais il leur a d'abord fallu se regrouper. La réforme Côté les a forcés à se repositionner, ce qui a eu pour effet de raffermir le mouvement dans son ensemble. Réagissant à l'implantation des régies régionales, ils ont créé leurs propres lieux de concertation, se sont regroupés autour d'objectifs et de revendications communs.



Qualifiée de « coopération conflictuelle » ou de « coopération critique », cette nouvelle stratégie fait alterner coopération et conflit dans le but de maximiser les gains et de minimiser les pertes. « Autrement dit, écrivent Fournier et coll. (p. 116), tout en refusant de se plier à des consensus qui ne reflètent pas leurs valeurs, les organismes communautaires admettent qu'il est nécessaire de faire des compromis afin de participer à l'élaboration d'un nouvel espace de transaction entre la société civile et l'État. »

« ... un organisme qui défend à tout prix son autonomie risque de passer à côté de collaborations qui auraient pu contribuer à la poursuite de ses propres objectifs. D'un autre côté, un organisme inscrivant toute son action dans une logique de complémentarité pourra voir sa marge de manœuvre réduite, son rôle dicté par d'autres. »

Selon Lachapelle (p. 19), le problème évoqué provient d'une différence profonde dans les cultures organisationnelles. En effet, l'approche de santé publique de l'État est influencée par les études épidémiologiques, dont les données proviennent de recherches cliniques reposant sur une méthodologie expérimentale. « Cette culture positiviste, écrit-il, est particulièrement éloignée de l'organisation communautaire, dont l'expertise spécifique repose sur une connaissance fine de chaque milieu, une approche d'accompagnement et de renforcement des savoir-faire endogènes et une ouverture à l'innovation pour répondre à des problématiques le plus souvent définies en fonction des caractéristiques spécifiques d'une population. »

Dans la plupart des programmes de santé publique, on vise à établir une relation d'aide auprès de personnes en situation de vulnérabilité. De leur côté, les organismes communautaires interviennent auprès de milieux exprimant des besoins; en somme, ils rejoignent les mêmes personnes, mais collectivement plutôt qu'individuellement. Pour eux, seule la participation sociale permet aux milieux de prendre en charge leur propre développement et, à terme, d'améliorer la santé et le bien-être de la communauté. Au contraire d'un programme de santé publique ciblant un problème précis, cette approche exige que l'on prenne en compte plusieurs déterminants sociaux de la santé. Comme le dit Lachapelle, « les perspectives globales s'imposent d'elles-mêmes » (p. 76) et la réalité du milieu ne se découpe pas en problématiques sectorielles.

L'APPROCHE SOCIO-INSTITUTIONNELLE

Dans ces conditions, est-il possible d'en arriver à un consensus respectant à la fois les préoccupations normatives de l'État et les pratiques de l'organisation communautaire? Lachapelle le croit (p. 22). S'il est en désaccord avec la réduction des problèmes sociaux à des comportements individuels de personnes à risque, il ne considère pas pour autant « que la définition des programmes détermine à ce point les interventions qu'elle entraîne nécessairement la perte de leur caractère communautaire. Les actions sur les déterminants de la santé réalisées par les établissements, souvent en collaboration avec des organismes communautaires, ne se réduisent pas à une application de programmes établis de façon bureaucratique. Elles peuvent aussi comporter une part de définition locale. » Pour lui, les programmes de santé publique relèvent de l'approche socio-institutionnelle; il en existe deux formes, dont une seule favorise la prise en charge d'un milieu par lui-même.

En effet, une approche socio-institutionnelle technocratique renvoie au planning social et met l'accent sur un processus technique de résolution de problèmes collectifs, ce qui ne favorise pas cette prise en charge. Par contre, une approche socio-institutionnelle participative part du principe selon lequel les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'y apporter une contribution significative et relève donc de l'organisation communautaire. L'intervenant procède par contact direct, par le dialogue et un processus d'apprentissage mutuel, plutôt que par des analyses de besoins. De cette façon, les personnes et les acteurs concernés sont en mesure d'augmenter leur pouvoir.

Pour les organismes communautaires, un programme de santé publique (PSP) sera efficace s'il répond aux besoins du milieu, si toute sa structure est établie sur cette prémisse. En somme, écrit Lachapelle (p. 79), « les PSP peuvent être l'occasion d'établir des partenariats réels en respectant les intérêts particuliers des organisations participantes tout en initiant une action concertée et des collaborations sur le terrain autour d'intérêts communs. La situation souhaitée en organisation communautaire, c'est que ces intérêts communs soient définis en termes de buts et d'objectifs partagés. » Ce qui implique, bien sûr, l'adhésion volontaire aux programmes. La seule volonté d'un ministère ne suffit pas à mobiliser un milieu. Par contre, en choisissant de s'engager dans un PSP, les instances locales en font un moyen de leur propre démarche, ce qui garantit son enracinement et installe une dynamique susceptible de durer.

Bref, le partenariat entre un organisme communautaire et un organisme public peut être à l'avantage des deux parties. Comme l'écrivent Clément, Tourigny et Doyon (p.63), « la complémentarité des philosophies, des expériences et des pratiques peut [même] être un atout dans l'élaboration d'un programme d'intervention. Il s'avère donc important que les organismes intéressés à implanter des programmes en partenariat se donnent les moyens de le faire. »

POUR UN PARTENARIAT RÉUSSI

Epstein identifie plusieurs indicateurs d'un partenariat réussi : le travail en équipe, une durée suffisante, des ressources (notamment budgétaires) adéquates, un plan de travail détaillé orienté vers des objectifs répondant aux besoins des participants, un fort soutien interne et externe, de même qu'une évaluation en continu.

Pour Clément, Tourigny et Doyon, l'amélioration du partenariat pour l'implantation d'un programme d'intervention passe par les éléments suivants :

- la présence d'une personne-ressource au mandat très clair, en vue d'éviter les conflits d'intérêt entre l'organisme communautaire et l'institution publique;
- une définition précise du partenariat et l'adoption d'objectifs communs;
- un partage égal des pouvoirs et des responsabilités des partenaires;
- une cohérence entre la structure organisationnelle du programme subventionné et les objectifs de partenariat de l'organisme bailleur de fonds;
- l'établissement d'un contrat clair et précis définissant les rôles, les responsabilités et les tâches de chacun;

- la mise en place, dès la création du partenariat, d'une stratégie de gestion comportant une structure de décision équitable;
- le respect des cultures organisationnelles de chacun des organismes.

De son côté, Lachapelle y va de quatre recommandations pour améliorer les partenariats : renforcer la participation dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé publique; établir un dialogue entre l'expertise de la santé publique et celle des organisateurs communautaires; maintenir un soutien local et régional aux interventions socio-institutionnelles en santé publique; et enfin poursuivre la recherche.

CONCLUSION

Les organismes communautaires ont dû apprendre à composer avec les conditions nouvelles nées de la réforme de 1990. Un nouveau partenariat s'est établi, qui a notamment permis aux organismes communautaires de participer au choix des priorités régionales. Certes, le rapport de force avec l'État est toujours inégalitaire, mais Lachapelle a montré que ces organismes peuvent participer à des programmes de santé publique sans renier leur mission propre. Les conditions pour l'amélioration des partenariats sont maintenant connues et passent notamment par la poursuite de la recherche.

SOURCES - ATELIER F

CLÉMENT, M.-È., M. TOURIGNY et M. DOYON (1999), « Facteurs liés à l'échec d'un partenariat entre un organisme communautaire et un CLSC : une étude exploratoire », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 12, no 2, p. 45-64. <http://id.erudit.org/iderudit/000053ar>

EPSTEIN, J. L. (2001), "Building Bridges of Home, School, and Community: The Importance of Design", *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 6 (1&2), 161-168.

FOURNIER, D. et coll. (2001), « La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux », dans *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, no 1, 2001, p. 111-131.

LACHAPELLE, R., avec la coll. de D. BOURQUE (2007), *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique, Rapport de recherche, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire, en CLSC et en centre de santé (RQIIAC)*, 101 p. <https://depot.erudit.org/id/001813dd>