

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Actes du *Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS*

Présentation des résultats de la recherche

Les collaborations public – communautaire en prévention des ITSS : recherche-intervention autour de processus innovants

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Actes du Forum régional sur le
partenariat en prévention des ITSS**

Présentation des résultats de la recherche

*Les collaborations public – communautaire en prévention
des ITSS : recherche-intervention autour de processus
innovants*

Angèle Bilodeau

Denis Bourque

Jean Beauchemin

Marilène Galarneau

2010

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Une réalisation du secteur Enseignement et recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.gc.ca

Affiliation des auteurs

Angèle Bilodeau, Ph.D. ^{1, 2}
Denis Bourque, Ph.D. ³
Jean Beauchemin, Ph.D. (cand.) ^{1, 2}
Marilène Galarneau, M.Sc. ¹

1 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

2 École de santé publique de l'Université de Montréal

3 Département de travail social et des sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais; Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a financé cette recherche dans le cadre d'un appel de propositions conjoint MSSS-INSPQ en lien avec la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*. Elle tient également à remercier chaleureusement les membres de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*, ceux du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* de même que l'équipe ITSS et un gestionnaire du bureau de soutien à la direction de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour leur participation aux différentes activités de la recherche et pour lui avoir permis de suivre leurs travaux de près. Enfin, merci à Manon Hudson et pour la mise en forme et l'édition de ce document.

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-960-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-89494-961-0 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Prix : 8 \$

Mot du directeur

Le *Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS* tenu le 18 janvier 2010 a été l'occasion pour les acteurs montréalais de la prévention des ITSS de partager les résultats de la recherche « *Les collaborations public – communautaire en prévention des ITSS : recherche-intervention autour de processus innovants* ».

Ce forum regroupait la très grande majorité des acteurs du champ de la prévention des ITSS à Montréal : la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*; le *Groupe de travail des répondants ITSS des Centres de santé et de services sociaux*; des gestionnaires et des professionnels de la DSP; des professionnels de l'Institut national de santé publique du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Rappelons qu'au cours des deux dernières années, l'équipe de recherche a réalisé des entrevues auprès de plusieurs acteurs et suivi de près les travaux des deux instances de concertation régionales et de certains projets locaux. Cette démarche a permis de dresser un portrait des collaborations en prévention des ITSS sur le territoire montréalais qui est fort utile pour prendre connaissance des réalités vécues par les acteurs de ce champ, des principales forces et faiblesses de leurs collaborations de même que des défis collaboratifs qui se posent à eux.

Cette vue d'ensemble du travail réalisé en ITSS et de celui qu'il reste à accomplir constitue un bilan à partir duquel nous pouvons réfléchir nos actions futures dans le but d'atteindre des finalités à la fois de santé, mais aussi d'amélioration des conditions humaines et sociales de ces populations trop souvent affectées par de multiples problèmes. Notre région fait des ITSS une priorité pour 2010 et j'invite nos partenaires actuels et ceux qui se joindront à concentrer leurs efforts autour de celle-ci.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard', written in a cursive style.

Richard Lessard, M.D.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	1
Le champ de la prévention des ITSS à Montréal, un système d'action complexe.....	4
Principaux rôles attendus de chaque classe d'acteurs dans le réseau.....	8
Des rôles attendus ... à leur accomplissement.....	11
Cinq problèmes principaux de collaboration du système d'action.....	13
Premier problème : La difficile liaison des services publics et communautaires de première ligne	16
Deuxième problème : Approches généralistes <i>versus</i> spécialisées en prévention des ITSS.....	22
Troisième Problème : Une offre de services régionale <i>versus</i> par territoire de CSSS.....	26
Quatrième problème : <i>Statu quo</i> <i>versus</i> changement dans le financement des organismes communautaires.....	31
Cinquième problème : Consolidation <i>ou</i> extension du réseau d'acteurs.....	36
Plénière de clôture.....	41

AVANT-PROPOS

Au Québec, le champ de la Santé et des Services sociaux occupe historiquement une position très importante dans le façonnement des rapports entre l'État et les organismes communautaires. En effet, les pratiques de reconnaissance et de financement des organismes communautaires par le MSSS datent de plusieurs décennies, comme c'est aussi le cas des mécanismes de concertation entre ces acteurs.

Tout en pouvant être conflictuels, les rapports entre les organismes communautaires et les acteurs publics du champ de la santé et des services sociaux s'inscrivent généralement dans une optique de collaboration et de concertation volontaires. Cette tradition de concertation, « *ponctuée par des désaccords, des tensions et des stratégies de revendication et de pression de la part des organismes communautaires* »¹, s'est maintenue jusqu'à la réforme de 2003. En tendant vers une décentralisation de la coordination des services vers le palier local, notamment par la création des réseaux locaux de services, la réforme Couillard est venue raviver les craintes des organismes communautaires d'être placés sous le contrôle du réseau public. Ces craintes se fondent principalement sur la logique contractuelle à la base du fonctionnement des réseaux locaux de services, en vertu des lois 25 et 83 créant et instituant les Centres de santé et de services sociaux (CSSS)². Par ailleurs, en même temps qu'il institue de tels changements pouvant mener à des rapports plus hiérarchiques entre ses instances publiques locales et les organismes communautaires, l'État affirme dans la *Politique gouvernementale L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec* et son cadre de référence³ de même que dans la Loi 83, le principe de l'autonomie des organismes communautaires. Ainsi, bien qu'il permette aux CSSS d'avoir recours à une approche contractuelle par le biais des réseaux locaux de services, le MSSS (Loi 83) stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec leur CSSS dans le cadre des projets cliniques les modalités de leur collaboration pour assurer une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de leur autonomie⁴.

¹ White, Deena et coll. (2008). *La gouvernance intersectorielle à l'épreuve : l'évaluation de la mise en œuvre et des premières retombées de la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire*. Rapport final. Équipe d'évaluation de la mise en œuvre de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire. Montréal : CPDS, Université de Montréal, p.43.

² La loi 25 crée les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) et prévoit une instance locale pour chacun de ces RLS. Ces instances locales sont par la suite définies, par la Loi 83 en 2005, comme étant les CSSS.

³ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (SACA) (2001). *Politique gouvernementale sur l'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Québec : Direction des communications, MESS, 53 p.

SACA (2004). Cadre de référence en matière d'action communautaire. Québec : Gouvernement du Québec.

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec : Direction des communications, MSSS, 27 p.

Dans le champ de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), bien que les collaborations entre le réseau public et les organismes communautaires datent de plusieurs années, les transformations récentes du réseau de la santé et des services sociaux modifient le contexte de leurs collaborations. En effet, la réforme de 2003 appelle des changements importants quant au rôle de la DSP (positionnée en 2^e ligne) et quant au rôle des CSSS dans leur milieu, ayant une incidence sur les rapports entre les établissements publics de première ligne (les CLSC intégrés maintenant aux CSSS) et les organismes communautaires. De plus, l'incorporation de la responsabilité populationnelle au mandat des CSSS les amène à articuler plus formellement deux secteurs de services ayant longtemps évolué avec peu d'interactions, la santé publique et le système de soins⁵.

Quel est l'impact des récentes transformations contextuelles, particulièrement celles relevant de la Réforme de 2003, sur les pratiques partenariales ayant cours en prévention des ITSS à Montréal? Voilà la question à laquelle cherche à répondre la présente recherche. L'optique mise de l'avant est d'enrichir la compréhension qu'ont les acteurs régionaux et locaux de leur système d'action et de soutenir, par le partage des connaissances, la réflexion sur l'optimisation de leurs pratiques collaboratives.

Pour répondre à cette question, l'équipe de recherche s'est basée sur l'analyse de documents et d'entrevues réalisées auprès de quatre répondants de la DSP, huit membres de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et six membres du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*. Les entrevues ont été réalisées à l'automne 2008 et à l'hiver 2009 et couvraient la période de 2004 à 2008.

Le portrait des collaborations réalisé a été validé auprès des acteurs. Le *Forum régional* a été l'occasion de partager ce portrait avec tous les acteurs du champ de la prévention des ITSS à Montréal, soit les membres des deux instances régionales de concertation que sont la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et le *Groupe de travail des répondants ITSS des Centres de santé et de services sociaux*, de même que des gestionnaires et des professionnels de la DSP.

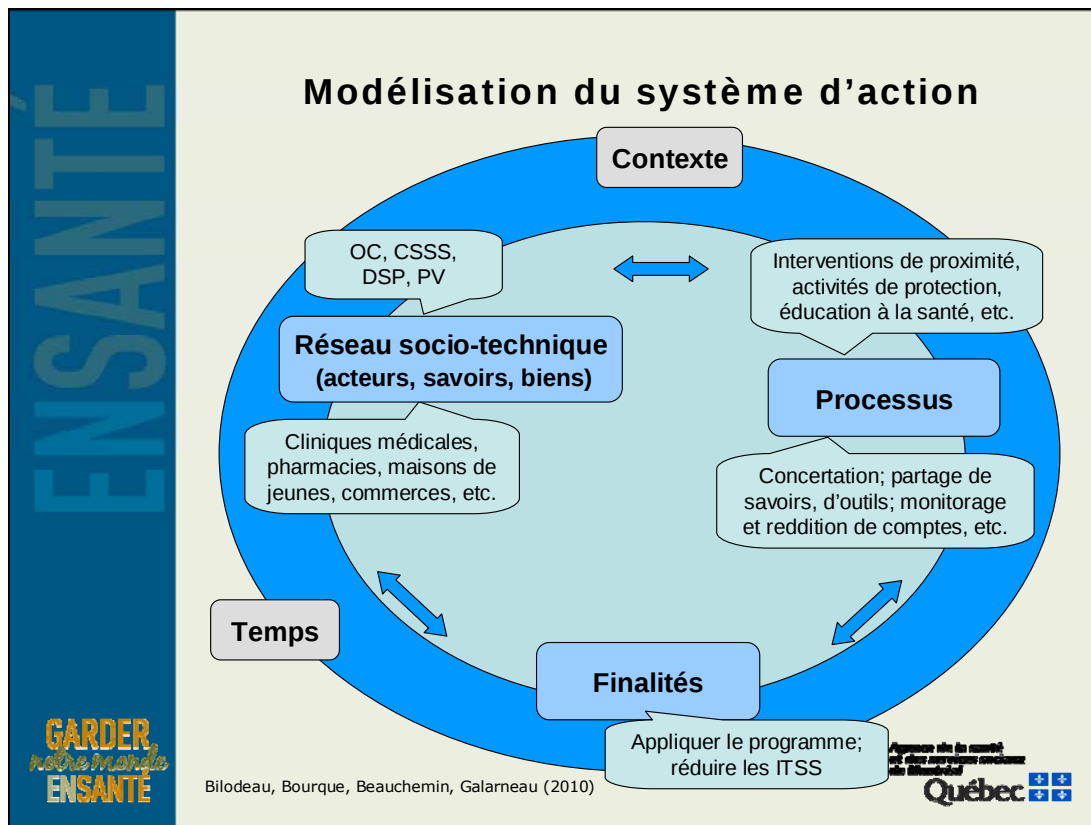
Les *Actes* reprennent la présentation *power point* faite au *Forum régional* à laquelle ont été ajoutés des commentaires afin de faciliter la compréhension. Puisque cette recherche vise à aider les acteurs à lever

⁵ Breton, Mylaine (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, 318 pages. Disponible en ligne au <<http://hdl.handle.net/1866/3201>>, consulté le 20 octobre 2010.

certaines obstacles qui nuisent à leurs collaborations, la présentation se concentre sur cinq principaux problèmes de collaboration identifiés dans le système d'action, face auxquels les acteurs ont été appelés à réagir. Souscrivant à une optique de soutien à la pratique, le *Forum régional* s'est terminé par une plénière sur les suites à donner, dont rendent compte les *Actes*.

Le rapport de recherche intégral sera disponible sous peu sur le site de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire : <<http://www.uqo.ca/crcoc>>.

LE CHAMP DE LA PRÉVENTION ITSS À MONTRÉAL, UN SYSTÈME D'ACTION COMPLEXE



Dans la recherche réalisée, le champ montréalais de la prévention des ITSS et ses acteurs est considéré comme un système d'action complexe. Un système d'action se définit comme une **structure** qui opère des **processus** pour atteindre des **finalités**. Tout système d'action comporte des acteurs qui interagissent, qui produisent des actions en vue d'atteindre une solution à une situation jugée problématique. La complexité d'un tel système d'action tient au fait qu'il opère en milieu ouvert et donc en interaction constante avec son environnement qu'il transforme et qui le transforme dans le temps.

La structure prend la forme d'un réseau sociotechnique (RST) qui relie des acteurs détenteurs de savoirs et de biens de même que des entités non-humaines (ex. : programmes, financement, technologies). Tous les acteurs du RST possèdent une capacité d'action leur permettant d'agir en fonction de leurs valeurs et intérêts. Trois principales classes d'acteurs sont engagées dans ce RST : des organismes communautaires (OC), les douze CSSS et la Direction de santé publique. Le programme de prévention régional en ITSS et

le PAR⁶ ITSS engagent ces trois classes d'acteurs dans une finalité commune consistant à réduire les ITSS.

Les actions menées par le réseau composent des **processus**. Ce sont des ensembles d'actions et d'événements opérés délibérément par des acteurs et reliés en vertu de la finalité visée. L'intervention est considérée comme un processus social plutôt que comme une solution technoscientifique appliquée à un problème. La transformation des pratiques, telles que les pratiques partenariales, est alors conceptualisée comme un processus social innovant.

Caractéristiques du système d'action montréalais en prévention des ITSS

Le système d'action montréalais en prévention des ITSS est caractérisé par deux attributs principaux. Premièrement, sa double sectorisation, par territoires de CSSS et par populations à risque. Les CSSS se distinguent les uns des autres selon leur localisation (centre-ville ou périphérie) et l'importance relative des problématiques sociales et de santé liées aux ITSS sur ce territoire (incidence et prévalence des ITSS, de la toxicomanie, de l'itinérance) et selon les ressources ITSS dont ils disposent (ex. : SIDE⁷, présence de cliniques spécialisées dans le traitement des ITSS et de cliniques jeunesse). Chaque CSSS a développé ses rapports avec les organismes de son territoire et ses expertises d'intervention au point où certains en sont venus à créer de véritables systèmes d'action locaux en ITSS. De même, des sous-systèmes se créent en fonction des populations auxquelles s'adressent les organismes communautaires ou les services spécifiques des CSSS (HARSAH⁸, UDI⁹, Jeunes en difficultés...). Ainsi, bien que les acteurs se soient ralliés au sein du système d'action ITSS autour de leur volonté commune de réduire les ITSS, les acteurs engagés envers une population spécifique constituent un sous-système articulé autour de finalités particulières. Par exemple, bien qu'ils fassent partie du système d'action en prévention des ITSS, les acteurs UDI forment aussi un sous-système autour des préoccupations particulières des UDI. Des comités ont été mis en place pour partager ces préoccupations communes (comité matériel de protection, regroupement des intervenants travaillant en sites fixes, etc.).

⁶ Plan d'action régional de santé publique produit par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

⁷ Service intégré de dépistage et de prévention.

⁸ Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

⁹ Utilisateurs de drogues par injection.

Deuxième attribut, le système d'action montréalais en prévention des ITSS se caractérise par l'hétérogénéité des acteurs au sein de chaque classe, qu'il s'agisse des organismes communautaires, des CSSS ou de la DSP. L'ensemble des membres d'une même classe d'acteurs ne partagent pas nécessairement les mêmes intérêts, les mêmes préoccupations et ne sont pas confrontés aux mêmes enjeux. Par exemple, la mission ITSS des organismes communautaires n'a pas le même degré de centralité pour tous et ils n'ont pas tous le même intérêt à faire partie du système d'action ITSS.

Tel que le révèlent les constats suivants, le réseau d'acteurs montréalais en prévention des ITSS (OC-CSSS-DSP) est constitué autour d'une situation problématique qu'il souhaite transformer. La finalité commune est de réduire les ITSS, qui touchent majoritairement les populations les plus vulnérables, ou du moins de ralentir leur progression.



État de la situation des ITSS : des collaborations à renforcer

Constats partagés

- Des épidémies en progression sur le territoire montréalais, malgré les efforts investis, touchant encore majoritairement les populations les plus vulnérables: « *Ce qu'on fait est insuffisant* »
- Besoin de consolider et d'accentuer les mesures de protection individuelles (accès au matériel, dépistage, vaccination, etc.), la prévention et l'éducation, l'accompagnement, les interventions de proximité et l'adaptation/accès aux services de 1^{ère} ligne
- Besoin aussi de développer des approches populationnelles, globales, en amont (développement des communautés, création d'environnements favorables), mais l'organisation des services « *est toujours à recommencer* »
- Les ressources et la volonté politique semblent manquer
- La complexité du problème des ITSS et l'évolution du contexte d'intervention (lois, pauvreté, avancées médicales, etc.) exigent de renforcer les collaborations entre les acteurs et d'établir des partenariats avec d'autres secteurs de la société

Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)



Des épidémies non contrôlées

Plusieurs facteurs sont avancés par les trois classes d'acteurs pour expliquer les difficultés à freiner les épidémies d'ITSS. Certains de ces facteurs sont de l'ordre de l'organisation des services ITSS et leur adaptation aux populations vulnérables. À cet égard, les acteurs parlent d'une *bataille constante* pour faire valoir l'importance de ce dossier dans le réseau de la santé et des services sociaux. D'autres facteurs explicatifs sont davantage liés à des problématiques sociales dont les ITSS sont tributaires, telles que les conditions de pauvreté et les difficultés de l'intervention auprès des populations vulnérables. Malgré cette convergence de vue sur la problématisation, les acteurs en viennent au constat que malgré les efforts investis, ce qu'ils font déjà ne suffit pas.

Des collaborations à renforcer

Au chapitre des solutions, les acteurs s'entendent sur l'importance de renforcer les collaborations entre les acteurs mobilisés, en plus d'intéresser d'autres secteurs de la société vue la complexité du problème et des solutions. Les interventions à développer ou consolider pour freiner ces épidémies vont des mesures de protection individuelles (l'accès au matériel, le dépistage, la vaccination) à l'amélioration de l'accès aux services de 1^{ère} et 2^e lignes pour les populations vulnérables. Tout en admettant que ces actions de protection et de traitement soient nécessaires, les acteurs souhaitent développer davantage d'actions en promotion de la santé (développement des communautés, création d'environnements favorables), bien que cette 1^{ère} ligne de services soient *toujours à recommencer*, vu le manque de ressources et l'évolution constante du contexte d'intervention (lois, pauvreté, avancées médicales, etc.), laissant bien peu de ressources à consacrer à la promotion.

PRINCIPAUX RÔLES ATTENDUS DE CHAQUE CLASSE D'ACTEURS DANS LE RÉSEAU

ENSANTÉ

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Rôles attendus des OC en prévention des ITSS

**Rôles attendus des OC
par les 3 classes d'acteurs :**

- Rejoindre les PV qui fréquentent peu les services réguliers; faire des interventions de proximité et organiser des activités d'*empowerment* individuel et collectif
- Assurer la liaison entre les PV et le réseau public, les accompagner, leur faciliter l'accès aux services
- Sensibiliser les autres acteurs publics et communautaires aux réalités de ces populations; être leurs porte-paroles, défendre leurs droits, faire des représentations politiques

Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

ENSANTÉ

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Rôles attendus des CSSS en prévention des ITSS

**Rôles attendus des CSSS
par les 3 classes d'acteurs :**

- Fournir des services préventifs et cliniques de 1^{ère} ligne aux populations vulnérables (PV) et assurer un suivi avec les services de 2^e ligne du réseau
- Installer un continuum de services public – communautaire; offrir des services dans les milieux de vie (*outreach*, proximité) et assurer l'interface avec les autres services du CSSS
- Soutenir les OC dans l'opérationnalisation de leur mission (accès aux ressources médicales, organisation communautaire, etc.)

Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

ENSANTÉ

Rôles attendus de la DSP en prévention des ITSS

**Rôles attendus de la DSP
par les 3 classes d'acteurs :**

- Soutenir la 1^{ère} ligne (CSSS, OC) dans la mise en œuvre des activités (outils, formation, recherche)
- Favoriser et animer la concertation entre les acteurs
- Assurer la gestion des fonds de prévention des ITSS (subventions aux OC) et la reddition de comptes
- Soutenir l'organisation de services et l'action intersectorielle au niveau régional; faire des démarches/représentations auprès des décideurs (Agence, autres secteurs)



Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)



Les trois classes d'acteurs se représentent de façon plutôt convergente les rôles de chacun. Les rôles attribués aux CSSS correspondent à leur mission de services de 1^{ère} ligne et de coordination des réseaux locaux de services, tel qu'il leur incombe selon la réforme Couillard. Aussi conformément à la réforme, la DSP est positionnée dans un rôle de 2^e ligne, en soutien aux acteurs de 1^{ère} ligne (CSSS et organismes communautaires) dans la mise en œuvre des activités et services ITSS. Bien que la réforme ouvre la possibilité du transfert de la gestion du financement des organismes communautaires aux CSSS, à Montréal la DSP est maintenue dans ce rôle qui s'étend aussi à l'octroi et au suivi des budgets destinés aux CSSS (budgets SIDEPE, budgets de trois ans pour l'adaptation des services aux UDI).

Par le biais du *Programme régional de prévention en ITSS*, la DSP finance 17 organismes communautaires sur l'île de Montréal. Pour certains, ces actions de prévention des ITSS se situent au cœur de leur mission alors qu'elle est moins centrale pour d'autres. Les acteurs publics comptent particulièrement sur le rôle d'intermédiaire dédié aux organismes communautaires afin de favoriser l'accès des personnes vulnérables aux services publics qui leur sont requis. Rejoindre les populations

vulnérables qui fréquentent peu les services publics, leur offrir des services de proximité (*counseling*, accès au matériel de protection) et les mettre en lien avec les services publics (accompagnement, référence) sont au centre de leur action. À ces rôles d'acteur intermédiaire et de proximité, s'ajoutent ceux habituellement attribués et reconnus au milieu communautaire de sensibilisation d'autres acteurs publics et communautaires aux réalités des populations vulnérables, d'*empowerment*, de défense des droits et de représentation politique.

Les deux classes d'acteurs de 1^{ère} ligne se sont dotées d'instances de concertation afin de faciliter l'accomplissement de leur rôle. Le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* a été créé en 2006 afin de favoriser l'élaboration et l'implantation de leurs plans d'action locaux ITSS. De leur côté, les organismes communautaires financés sont regroupés au sein de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*, une instance de concertation qui planifie, coordonne et soutient l'amélioration de l'offre de services communautaires liés aux ITSS. Le leadership, l'animation et l'instrumentation de ces deux instances de concertation régionales reviennent à la DSP. Elle doit jouer un rôle d'entremetteur entre les acteurs de 1^{ère} ligne et favoriser les interactions par le biais de formations ou autres événements conjoints. Sa position d'acteur public régional, leader et expert du domaine, lui confère en outre un rôle politique d'influence afin de mieux positionner le dossier ITSS dans le réseau de la santé et des services sociaux (Agence, MSSS, CMDP¹⁰) et auprès d'autres acteurs sociaux (municipalité, milieu scolaire, sécurité publique) afin de solutionner certains problèmes de niveau régional (ex. : développer des ententes supra-locales devant faciliter les collaborations des organismes communautaires chevauchant plusieurs territoires de CSSS; aplanir les difficultés ayant trait à l'établissement de diagnostics ITSS).

¹⁰ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

DES RÔLES ATTENDUS ... À LEUR ACCOMPLISSEMENT



Décalage entre les rôles attendus et leur accomplissement

En général, convergence entre les acteurs quant aux rôles attendus, mais difficultés d'opérationnaliser ces rôles dues à :

- **DSP** : rôle de soutien et d'animation du réseau (rapports plus horizontaux à développer) en tension avec rôle de planificateur – gestionnaire du programme
- **CSSS** : transversalité des interventions ITSS (liée aux PV) en tension avec la structure organisationnelle par programme-services; les PV-ITSS « *ne fissent nulle part* »
- **OC** : meilleur arrimage recherché avec le réseau public en tension avec souci de préserver leur autonomie et spécificité; complémentarité à préciser (dedans-dehors)
- **RST** : acteurs ITSS faiblement attachés et peu attractifs: financement et PAR-PAL sont les principaux leviers de la collaboration mais finalité ITSS pas prioritaire pour tous; PV-ITSS présentent des problèmes complexes mais difficile d'engager des acteurs provenant d'autres secteurs

Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)



Agence de la santé
et des services sociaux
du Québec

Si les trois classes d'acteurs se partagent une représentation commune de leurs rôles respectifs, des tensions et paradoxes imbriqués dans ces rôles en rendent l'accomplissement difficile.

Du côté de la **DSP**, elle est confrontée à l'accomplissement de rôles ayant des logiques différentes voire opposées. Alors que ses rôles de planification régionale et de gestion du programme lui confèrent des responsabilités d'efficacité et de cohérence des interventions appelant des rapports plutôt verticaux, ses rôles de soutien et d'animation des acteurs de 1^{ère} ligne nécessitent davantage des rapports horizontaux.

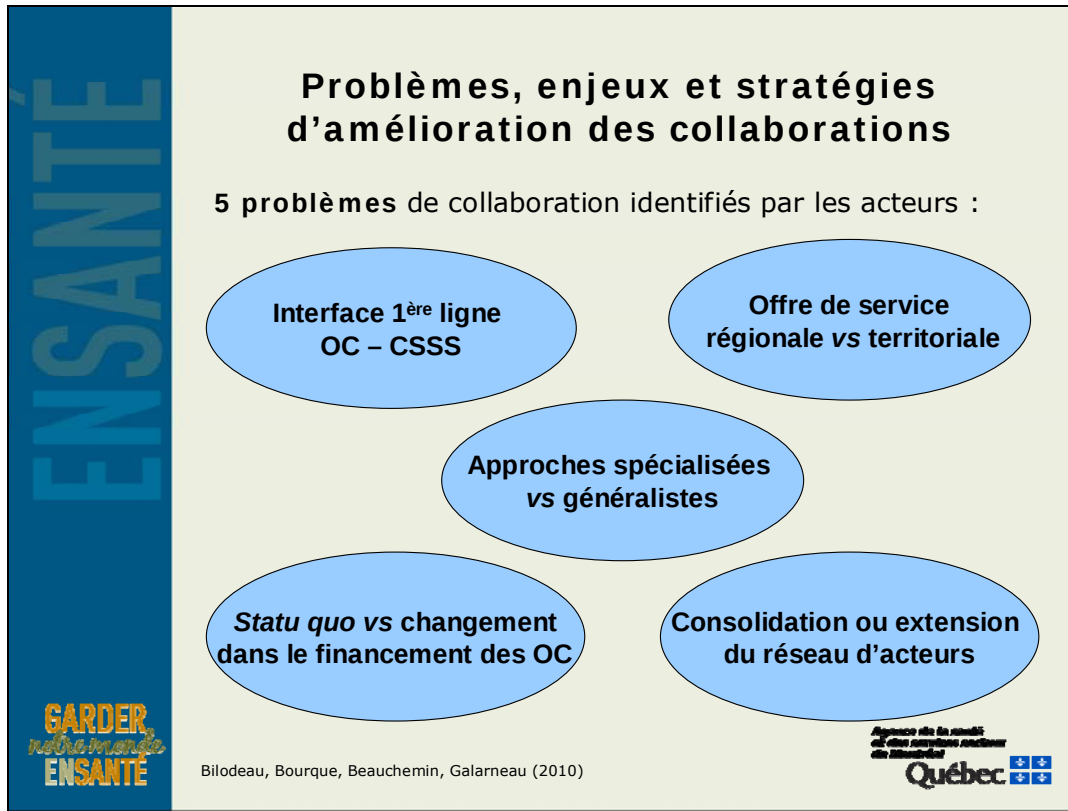
Du côté des **CSSS**, leur rôle de services de 1^{ère} ligne auprès de personnes présentant de multiples problèmes requiert d'instituer la transversalité des interventions ITSS au sein de leur structure organisationnelle. Or, leur organisation par programmes-services se révèle être un obstacle à l'intégration des différents services requis par les populations vulnérables.

Du côté des **organismes communautaires**, la tension qui les caractérise est celle, historique, entre leur volonté de collaborer avec le réseau public afin d'arrimer leurs services respectifs et leur souci de préserver leur autonomie et leur spécificité. Les organismes communautaires souhaitent collaborer avec les instances publiques afin de mieux répondre aux besoins de leurs clientèles, en même temps qu'ils souhaitent garder une certaine distance avec le réseau vu les pratiques qui les distinguent et qu'ils tiennent à conserver. Leur complémentarité avec le réseau public se définit dans cette tension constante entre ces deux pôles.

Enfin, dans le **réseau sociotechnique (RST)**, des tensions découlent du fait que les acteurs qui le constituent sont faiblement attachés et que le réseau est peu attractif. D'une part, les intérêts qui lient les acteurs du réseau sont surtout instrumentaux, tels que le programme de financement pour les organismes communautaires et l'obligation de produire un plan d'action ITSS pour les CSSS, ce qui concourt à leur engagement vers une finalité ITSS alors que celle-ci n'est pas centrale ou prioritaire pour tous ces acteurs. D'autre part, le réseau fait le constat que les problèmes complexes des populations vulnérables aux ITSS nécessitent la mobilisation d'acteurs d'autres secteurs actuellement manquants, alors qu'il ne semble pas disposer des atouts nécessaires pour les mobiliser.

Ces zones de tension, qui nuisent à l'accomplissement des rôles des acteurs, se répercutent dans divers problèmes de fonctionnement du système d'action. La partie suivante focalise sur cinq problèmes de collaboration, formulés sur la base des constats des acteurs, qui nuisent à l'efficacité du système d'action montréalais en prévention des ITSS à Montréal.

CINQ PROBLÈMES PRINCIPAUX DE COLLABORATION DU SYSTÈME D’ACTION

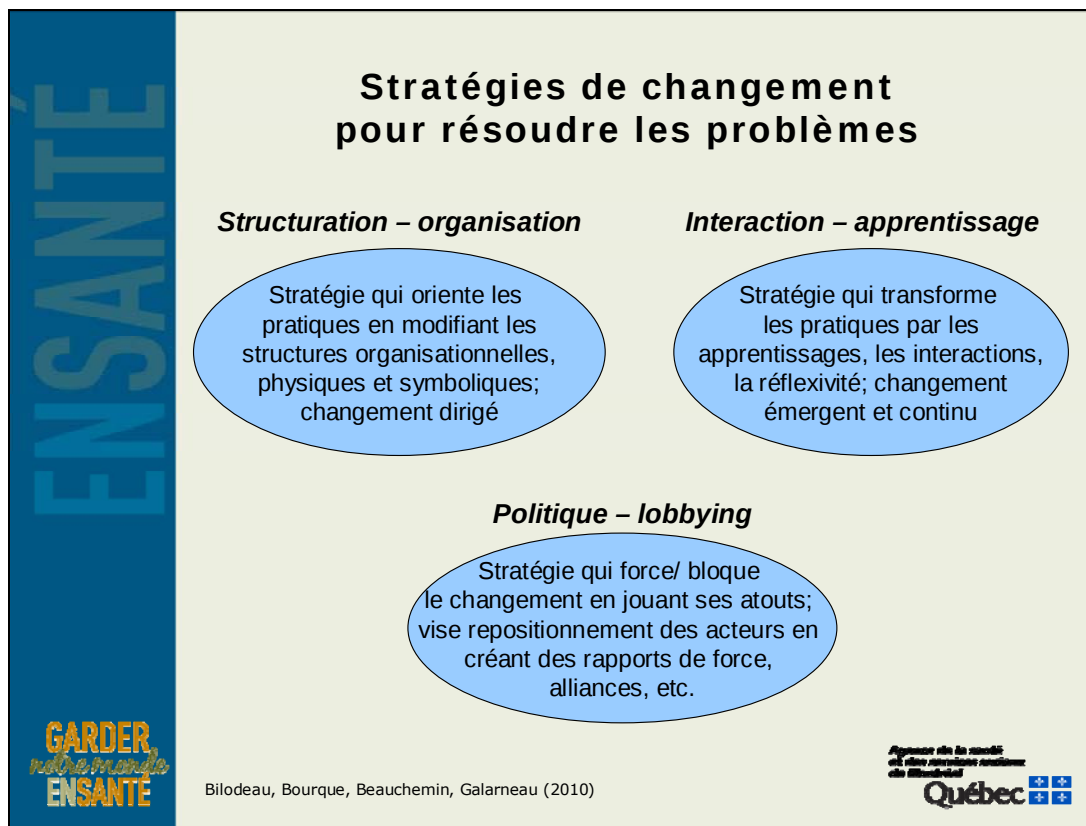


Les propos des acteurs conduisent à identifier les cinq problèmes de collaboration suivants :

- 1) Difficile liaison des services publics et communautaires de 1^{ère} ligne;
- 2) Approches généralistes *versus* spécialisées en prévention des ITSS;
- 3) Offre de services régionale *versus* par territoire de CSSS;
- 4) *Statu quo versus* changement dans le financement des organismes communautaires;
- 5) Consolidation *ou* extension du réseau d'acteurs.

Dans les pages suivantes, chaque problème est présenté. Les constats sont exposés, suivis des enjeux auxquels sont confrontés les acteurs et des stratégies de changement qu'ils envisagent.

Ces stratégies de changement sont regroupées selon trois types décrits à la page suivante. La présentation de chaque problème est suivie des échanges ayant eu lieu lors du *Forum régional*. On y discute si les problèmes ont été bien posés par la recherche et à quel point, en pratique, leur résolution se veut prioritaire et réalisable dans un avenir rapproché, compte tenu du contexte.



Tout changement comporte un certain nombre d'enjeux pour les acteurs, c'est-à-dire des gains et des pertes potentiels. Puisqu'ils n'ont pas tous les mêmes intérêts et n'anticipent pas forcément les mêmes gains et pertes face au changement, certains acteurs sont favorables au changement tandis que d'autres préfèrent le *statu quo*. Par conséquent, tous les acteurs ne se positionnent pas de la même manière face au changement, y compris les acteurs d'une même classe. Les stratégies mentionnées par les répondants sont regroupées en trois grandes catégories.

1) Les stratégies d'interaction et d'apprentissage. Ces stratégies visent à ce que les acteurs se côtoient, apprennent à se connaître et à se faire confiance pour arriver à améliorer leurs collaborations. Elles cherchent à ce que les acteurs transforment leurs pratiques par l'élaboration et l'appropriation collective d'un répertoire commun, construit autour de compréhensions partagées de l'action à réaliser et des rôles de chacun. Les interactions sont ainsi l'occasion pour les acteurs de réfléchir sur leurs pratiques, de partager leurs savoirs et leurs outils et de

développer un vocabulaire commun. Ce type de stratégies engendre un changement émergent et continu, qui se situe au niveau micro et qui modifie les pratiques selon une logique ascendante.

2) Les stratégies de restructuration et de réorganisation. Ce sont des stratégies structurelles qui visent à remodeler les rapports entre les acteurs et à orienter les pratiques en modifiant les structures organisationnelles, physiques ou symboliques. Il s'agit d'agir sur les conditions de l'action en réunissant les conditions structurelles nécessaires au processus de transfert ou d'apprentissage¹¹. Ces stratégies engendrent un changement dirigé et discontinu, qui se situe au niveau méso et macro et qui transforme les pratiques selon une logique descendante.

3) Les stratégies politiques. Par ces stratégies, les acteurs usent de leurs atouts dans le but d'influencer le changement; ils tentent parfois de le forcer, d'autres fois, de le bloquer. C'est avec l'objectif de faire avancer leurs intérêts ou de défendre leurs privilèges que les acteurs utilisent des stratégies politiques qui peuvent par exemple prendre la forme de *lobbying* ou de représentation politique. Ainsi, les acteurs tentent de créer des rapports de force par la création d'alliances ou de coalitions pour négocier et influencer le changement. Les stratégies politiques visent généralement à changer le contexte des collaborations.

En général, le changement se produit dans une dynamique réciproque d'apprentissage et de structuration¹². Une certaine synergie entre les stratégies ascendantes et descendantes est nécessaire pour instituer un changement. Ainsi, un changement structurel ou organisationnel doit se refléter dans les pratiques des acteurs et, à l'inverse, les pratiques émergentes doivent être instituées au sein des structures organisationnelles. Évidemment, d'autres éléments du contexte modifient les structures et les pratiques, comme les nouvelles technologies, le marché de l'emploi, l'évolution du contexte légal et juridique ou encore l'évolution des problèmes sociosanitaires eux-mêmes.

¹¹ Fleury, J., Guingand, G., Lhomme, R. (2000). Réseau et innovation : Une perception dynamique du processus de la diffusion des innovations dans les établissements scolaires. *Recherche et formation*, n° 34, p. 11-28.

¹² Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., Breton, M., Gervais, J., Trottier, L.-H., Contandriopoulos, D., Dubois, C.-A. (2009). The Reciprocal Dynamics Of Organizing And Sensemaking In The Implementation Of Major Public Sector Reforms. *Canadian Public Administration*, 52(2), p. 225-248.

PREMIER PROBLÈME

LA DIFFICILE LIAISON DES SERVICES PUBLICS ET COMMUNAUTAIRES DE PREMIÈRE LIGNE

	Interface entre les services de 1^{ère} ligne : liaison CSSS-OC Constats • Manque de services/ressources cliniques ou services peu accessibles, mal adaptés à une clientèle qui n’a pas recours aux services réguliers • Rôles respectifs CSSS-OC perçus comme complémentaires, mais ils restent à préciser (ex.: intervention psychosociale extra muros) • OC ont l’impression de ne pas être reconnus comme partenaires à part entière par CSSS; sentiment d’être ressources de dernière ligne • Peu de références mutuelles entre OC et CSSS; pas de réponse coordonnée aux besoins des OC et de leurs clientèles; pas de corridors de services ITSS • Collaborations actuelles s’organisent principalement autour de l’infirmière de proximité (IP), mais pas de liaison entre l’IP et les autres secteurs du CSSS ou les services spécialisés (2^e ligne) • Collaborations négociées à la pièce; tiennent souvent aux individus • Interface instable, roulement personnel, décisions unilatérales Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010) 
	Interface entre les services de 1^{ère} ligne : les enjeux Enjeux (gains/pertes anticipés) • Capacité de rejoindre et de répondre aux besoins des populations vulnérables dans le respect des missions et des capacités respectives CSSS: répondre aux attentes spécifiques des OC-ITSS dans un contexte de sollicitations multiples et de ressources limitées – Responsabilité populationnelle des CSSS – PAR/PAL OC : accéder aux services du réseau tout en préservant leur autonomie, mission; risque de préséance du clinique sur le communautaire – Mandat des CSSS de créer RLS Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010) 

ENSANTÉ

Stratégies et solutions réalisées ou envisagées par les acteurs

Interaction – apprentissage

- Se fréquenter, échanger, apprendre à se connaître, à connaître les services offerts; développer des liens (confiance) pour faciliter la référence et la collaboration
- Sensibilisation/information des CSSS aux besoins des clientèles des OC : présentations, dépliants, bottin de ressources
- Formation (conjointe), communautés de pratique, partage d'outils
- Documenter et évaluer les pratiques d'intervention

Structuration – organisation

- Ouvrir ou consolider des postes; élargir les mandats
- Intégrer ITSS aux autres prog.-services (ex.: Comité ITSS transversal); équipe dédiée ITSS; guichet unique
- Créer des comités conjoints, structures de concertation OC-CSSS
- Formaliser les ententes CSSS-OC, reconnaissance organisationnelle des initiatives

Action politique – lobbying

- Exercer des pressions sur l'Agence – MSSS – les CMDP pour lever les obstacles au dépistage et prise en charge des PV-ITSS (ex.: ordonnances collectives)



Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)



A) EXPOSITION DU PROBLÈME

Dans un contexte où les personnes vulnérables aux ITSS font face à des problèmes multiples et complexes et nécessitent des interventions dans un court délai (voire sans délai), leur circulation entre les services des organismes communautaires et des CSSS doit être facilitée. Or, partout, les collaborations entre CSSS et organismes communautaires devant assurer cette continuité rencontrent des difficultés : là où elles n'existent pas ou existent faiblement, les collaborations sont difficiles à établir et là où elles sont déjà bien établies, elles sont difficiles à maintenir.

Les collaborations organismes communautaires - CSSS s'organisent principalement autour de l'infirmière de proximité, dont les services sont rendus disponibles dans les locaux des organismes communautaires par les CSSS; souvent, les collaborations se limitent à ce rôle. Les organismes communautaires comptent beaucoup sur l'infirmière de proximité pour qu'elle soit aussi une intervenante pivot entre les populations qu'ils rejoignent et le CSSS où elle est rattachée. Ils s'attendent à ce qu'elle fasse l'accompagnement et la référence vers les autres services du CSSS, ce qu'elle n'accomplit pas toujours puisque 1) les services

d'infirmière de proximité sont instables et discontinus du fait que ces postes sont l'objet d'un important roulement de personnel; et 2) l'infirmière n'arrive pas toujours à bien jouer son rôle d'intervenante pivot en raison de l'absence ou de l'inefficacité des mécanismes organisationnels de liaison.

Ainsi, le principal problème de la liaison organismes communautaires - CSSS est celui de l'**accès** des personnes vulnérables aux ITSS (rejointes par les organismes communautaires) aux services des CSSS. Les organismes communautaires perçoivent plutôt être considérés par les CSSS comme des ressources de dernière ligne à qui sont déversés les problèmes complexes que le réseau institutionnel ne parvient pas à traiter. Ainsi, ils considèrent jouer un rôle qui n'est pas le leur sans nécessairement obtenir la reconnaissance et le financement qui devraient accompagner ce rôle.

La **complémentarité** organismes communautaires - CSSS pose aussi problème. Cela s'applique particulièrement aux métiers d'intervention sociale. L'objectif de continuum de services organismes communautaires - CSSS appelle une certaine intégration des services respectifs qui ne peut se faire sans une délimitation claire et partagée des rôles. Or, si ces rôles sont définis comme complémentaires, un flou persiste puisque sur le terrain les interventions des organismes communautaires et des CSSS peuvent se recouper. Cela peut gêner les collaborations entre les organisations et aussi entre les professionnels. En effet, les CSSS adoptent de plus en plus des pratiques de proximité et offrent leurs services en extra-muros alors qu'il s'agit d'un domaine d'expertise historique du milieu communautaire.

Cette question est d'autant plus pertinente dans le contexte de la réforme puisque les mandats de responsabilité populationnelle et de coordination de réseaux locaux de services (RLS) renforcent des pratiques en CSSS qui chevauchent celles des organismes communautaires, notamment les pratiques extra-muros et de proximité pour répondre à leur mandat populationnel. L'inégalité structurelle (statuts, pouvoirs et ressources) existant entre les organismes communautaires et les CSSS peut contribuer à entretenir cette difficulté. Bien qu'ils puissent avoir des objectifs similaires et détenir des formations équivalentes, les intervenants des CSSS et des organismes communautaires disposent de ressources et jouissent de conditions de travail grandement inégales, pouvant donner lieu à des rapports tendus entre eux et pouvant affecter leur travail et leurs pratiques collaboratives.

La **pérennisation** des interventions novatrices est une autre difficulté de la collaboration entre les organisations de 1^{ère} ligne. Cela s'explique par le fait que les ententes organismes communautaires - CSSS tiennent souvent à des personnes plutôt qu'aux organisations elles-mêmes; elles sont le plus souvent

négociées à la pièce et sont rarement formalisées par des ententes écrites. Les nouvelles pratiques sont en conséquence largement affectées par le roulement de personnel dans ces organisations, causant la perte des ententes au fil du temps, des pertes d'expertise et très peu d'apprentissage organisationnel.

B) ENJEUX SOULEVÉS PAR CE PROBLÈME

Les changements requis pour établir un meilleur arrimage entre les services de 1^{ère} ligne peuvent être importants pour les acteurs. Cela est particulièrement vrai pour les CSSS étant donné que plusieurs difficultés à l'instauration d'un continuum de services sont de l'ordre de leur organisation interne et nécessitent des investissements assez considérables de leur part. L'enjeu commun que pose aux organismes communautaires et CSSS l'interface entre leurs pratiques de 1^{ère} ligne est de rejoindre et répondre aux besoins des groupes à haut risque, tout en respectant leurs missions et capacités respectives. Les organismes communautaires ont besoin d'un meilleur accès pour leur clientèle aux services du réseau public sans pour autant compromettre leur autonomie de mission. L'enjeu pour eux est d'améliorer l'arrimage des services public – communautaire tout en s'assurant que les approches cliniques ne prédominent pas sur les approches communautaires. Quant aux CSSS, leur collaboration avec les organismes communautaires exerce une pression sur les services requis et leur adaptation aux personnes vulnérables. L'enjeu pour eux est d'établir des priorités, en contexte de ressources limitées, parmi une multitude de demandes, au moindre coût politique pour leur établissement et au moindre coût sociosanitaire pour leur population.

C) STRATÉGIES ENVISAGÉES OU RÉALISÉES

Les **stratégies d'interaction et d'apprentissage** consistent à se partager de l'information, des pratiques et des outils et à participer conjointement à des événements. Ces activités conduisent à se construire un patrimoine commun où figurent des points de repère tel que c'est le cas pour la délégation de Barcelone de mai 2008¹³. Les organismes communautaires et CSSS cherchent par ces stratégies à surmonter les divergences et obstacles générés par les statuts et missions différents de leurs organisations. Les organismes communautaires cherchent en outre à se positionner comme partenaires indispensables du réseau dans le but d'obtenir une meilleure reconnaissance de leur organisation et de leurs actions.

¹³ La délégation à la 19^e conférence internationale sur la réduction des méfaits était composée de directeurs d'organismes communautaires ainsi que de représentants de la DSP de Montréal. Il s'agissait d'un projet de collaboration et d'échange entre la Catalogne et le Québec en matière de prévention du VIH et du VHC chez les UDI et les personnes inhalatrices de crack afin d'enrichir les réflexions des acteurs sur le renouvellement des pratiques en prévention des ITSS.

Les **stratégies structurelles ou organisationnelles** concernent l'intra et l'interorganisationnel et sont des stratégies d'intégration horizontale et verticale. Entre les organismes communautaires et les CSSS, des stratégies d'intégration horizontale sont surtout considérées, tels que des comités conjoints organismes communautaires – CSSS de discussion de cas, des ententes formelles de collaboration entérinées au niveau supérieur des organisations pour favoriser leur pérennité, la reconnaissance formelle des rôles et expertises propres aux organismes communautaires dans les continuums de services, ou la solidification des arrangements organismes communautaires – CSSS avec l'infirmière de proximité de sorte à réduire la fragmentation des actes professionnels. En CSSS, des stratégies d'intégration horizontale et verticale sont considérées. Les premières consistent en des équipes-services dédiés aux ITSS auxquels chaque programme-service contribue, telles que la création d'une structure de coordination ITSS ou la mise en place d'un guichet unique donnant accès à une gamme de ressources pour certaines clientèles. Les secondes sont des services ITSS intégrés à chaque programme-service.

Sur le plan structurel, le contexte de la réforme nourrit chez certains acteurs l'attente d'une meilleure reconnaissance de la légitimité et de l'expertise des organismes communautaires par les CSSS, liée à leur mandat de coordination des réseaux locaux de services. De même, les plans d'action locaux de santé publique (PAL) agissent dans les CSSS comme des déclencheurs rendant « visibles » des populations mal desservies, mobilisant les ressources, donnant des orientations, des objectifs et échéanciers, engageant les décideurs et favorisant le rapprochement entre les acteurs publics et communautaires. Ils sont pour les organismes communautaires ITSS l'occasion de faire valoir leur expertise pratique et leur connaissance des réalités du terrain auprès des acteurs locaux institutionnels et communautaires et, éventuellement, d'acquérir une meilleure reconnaissance de la part des CSSS.

Les **stratégies politiques** cherchent à influencer des acteurs dont l'action (ou l'inaction) est jugée névralgique dans le système d'action en ce qu'elle freine l'atteinte des résultats souhaités. C'est le cas des représentations politiques auprès du MSSS, de l'Agence et du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) afin de lever les obstacles à l'accès et à la prestation des services, relatifs aux pratiques de dépistage ou aux ordonnances collectives, par exemple.

D) ÉCHANGES

Une participante (CSSS) rappelle qu'une des raisons pour lesquelles certains CSSS n'arrivent pas à offrir des services adaptés aux besoins des populations vulnérables vivant ou transitant sur leur territoire est que ces populations sont sous-estimées et méconnues, non seulement par les CSSS, mais aussi par les organismes communautaires du territoire. Par ailleurs, tout en validant l'importance de la collaboration avec des organismes communautaires, elle soulève des zones grises dans l'identification des partenaires potentiels du fait que des organismes communautaires actifs sur les territoires de CSSS ne sont pas identifiés comme intervenant en ITSS par les CSSS alors que leur action est pertinente pour agir sur la problématique.

Un participant communautaire ajoute que l'interface est compliquée par la non-correspondance des territoires desservis par les organisations de première ligne (organismes communautaires – CSSS). En conséquence, les CSSS ont intérêt à connaître aussi les organismes communautaires non basés dans leur territoire mais dont l'action peut couvrir leur territoire, tels que les organismes communautaires agissant sur une base montréalaise.

DEUXIÈME PROBLÈME

APPROCHES GÉNÉRALISTES VERSUS SPÉCIALISÉES EN PRÉVENTION DES ITSS

	Approches généralistes vs spécialisées en prévention des ITSS Constats • Modèles et pratiques d'intervention variables/divergents entre intervenants et entre OC : parfois clivage entre travail de rue et sites fixes (UDI); perception de la DSP d'un manque de cohérence et de constance de certains OC • Engagement limité des OC dont la mission centrale n'est pas ITSS (ex.: jeunes); difficulté d'intégrer activités prioritaires à leur mission • Perception de certains OC d'un manque de reconnaissance (prise en compte) des savoirs terrain par la DSP dans la détermination des orientations ITSS; préséance savoirs experts sur savoirs pratiques • Reddition de comptes pas toujours adaptée ni utile pour les OC : ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des pratiques des OC Enjeux (gains / pertes anticipés) • Unifier les interventions autour des pratiques exemplaires en tenant compte des particularités et volonté d'avoir rapports plus horizontaux OC : crainte d'instrumentalisation du travail de proximité DSP : justifier/optimiser les investissements ITSS Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010) 
	Stratégies et solutions réalisées ou envisagées par les acteurs Interaction – apprentissage • Se fréquenter, apprendre à se connaître, développer des liens in/formels : sensibilisation mutuelle, échanges de savoirs, etc. • Formation + outils d'intervention communs • S'exposer à d'autres savoirs et pratiques (ex.: délégation à Barcelone comme déclencheur d'un questionnement sur les approches d'intervention) • Projets de démonstration/ expérimentation (ex.: agent de prévention) • Documenter et évaluer les pratiques d'intervention Structuration – organisation • Assouplir et adapter la reddition de comptes pour valoriser les pratiques terrain et tenir compte des différentes missions des OC Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010) 

A) EXPOSITION DU PROBLÈME

Le débat porte sur les façons de faire le travail de proximité en prévention des ITSS, sur la façon la plus efficace d'intervenir et les référents sur lesquels baser l'évaluation de l'efficacité. La question engage particulièrement les organismes communautaires et la DSP. Elle discute du rôle de l'intervenant de proximité et de la distribution du matériel de protection par celui-ci. Elle est au cœur des travaux du comité matériel de protection de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* sur la mise à jour des pratiques et politiques de distribution et modalités d'accès au matériel.

Deux conceptions différentes de l'intervention de proximité en prévention des ITSS sont en cause, une qui privilégie la santé globale des individus et tente de répondre à l'ensemble de leurs besoins; une autre qui cible particulièrement les risques imminents en ITSS. À la source, le problème repose sur le constat d'une grande variabilité, et parfois de divergences, dans les modèles d'intervention des organismes communautaires. Un clivage s'observe parfois entre le travail de rue et le site fixe d'un même organisme. Ces différences apparaissent à certains acteurs comme un manque de cohérence d'action entre les organismes communautaires, voire un manque de rigueur aux plans de la formation et de l'encadrement des intervenants communautaires.

Le degré de centralité de la mission ITSS des organismes communautaires œuvrant en prévention des ITSS est vu comme une cause partielle de la coexistence de ces deux approches difficilement conciliables. En effet, une partie des organismes communautaires de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* (Table des DG) porte les ITSS au cœur de leur mission alors qu'une autre partie porte une mission généraliste (ex. : Jeunes) et réalise seulement un certain nombre d'actions en prévention des ITSS. Le financement octroyé par la DSP s'apparente à du financement à la mission pour les premiers, mais constitue un financement *d'appoint* pour les seconds. La DSP, de son côté, s'attend à ce que les ITSS soient au cœur des interventions réalisées avec le financement du programme de prévention des ITSS. Or, il peut être difficile pour les organismes communautaires à mission généraliste d'isoler les activités spécifiquement dédiées aux ITSS dans leur intervention. Alors, la reddition de comptes demandée ne leur semble pas toujours adaptée à leur situation, ni utile dans le sens où elle ne leur permet pas de rendre compte de l'ensemble de leurs pratiques. En conséquence, tous les organismes communautaires n'ont pas autant d'intérêt à s'investir dans la lutte

contre les ITSS. En témoigne la participation plus limitée des organismes communautaires à mission généraliste à l'instance régionale de concertation.

B) ENJEUX SOULEVÉS PAR CE PROBLÈME

Les organismes communautaires et la DSP se trouvent face à une tension entre un objectif d'efficacité et celui d'installer des rapports plus horizontaux entre eux. L'objectif d'efficacité appelle à l'uniformisation des interventions communautaires autour des pratiques considérées exemplaires (tout en tenant compte de leur nécessaire adaptation). La DSP défend cet objectif d'efficacité vu son rôle de bailleur de fonds qui l'oblige à justifier ses investissements. Cette position favorable aux interventions prioritaires met en jeu sa capacité à intéresser et mobiliser différents acteurs pourtant stratégiques pour rejoindre différentes populations cibles dans la lutte aux ITSS. Puisque les objectifs de performance peuvent se traduire par une uniformisation des interventions des organismes communautaires autour des pratiques exemplaires, il leur importe que cette uniformisation n'entraîne pas l'instrumentalisation du travail de proximité. Cet enjeu est nourri par la perception des organismes communautaires à l'effet que la DSP ne reconnaît pas suffisamment leurs savoirs d'expérience, en contrepartie des savoirs scientifiques, dans le choix des activités prioritaires et quant à la façon d'intervenir (notamment quant à la quantité de matériel à distribuer). Ainsi, la volonté de collaborer des acteurs se heurte à une dynamique de confrontation entre des évidences scientifiques et des savoirs expérientiels.

C) STRATÉGIES ENVISAGÉES OU RÉALISÉES

Des **stratégies d'interaction et d'apprentissage** sont principalement considérées. À cet effet, la Table des DG est un lieu privilégié permettant de rencontrer d'autres organismes communautaires œuvrant en ITSS dont ils peuvent bénéficier de l'expertise, en plus de celle de la DSP. La Table des DG agit comme principal lieu de collaboration régionale, de partage et d'échange d'idées et d'outils entre organismes communautaires ITSS. Dans le même créneau, figure l'apprentissage d'un nouveau rôle, celui d'agent d'intervention ITSS faisant du démarchage (*outreach*), en comparaison du travail de rue plus généraliste et du travail d'intervention en sites fixes. Les acteurs ITSS cherchent aussi à s'exposer à d'autres savoirs et pratiques pour faire progresser leurs conceptions de l'intervention. La délégation à Barcelone, organisée de concert entre certains organismes communautaires et la DSP, est mentionnée par les acteurs comme déclencheur d'un questionnement sur les approches d'intervention (*outreach*, mise en place de

distributrices, livraison à domicile). La production de savoirs scientifiques qui documentent les pratiques des organismes communautaires ITSS et en évaluent les impacts est aussi considérée. À cet effet, l'association à des chercheurs universitaires est envisagée puisqu'elle permet de tirer profit de ressources dont ne dispose pas le réseau d'acteurs.

Quant aux **stratégies structurelles ou organisationnelles**, un chantier de travail (comité matériel de protection) de la Table des DG porte spécifiquement sur les pratiques et politiques de distribution et les modalités d'accès au matériel. Il s'agit d'une opportunité pour les organismes communautaires et la DSP de négocier les modalités de leur collaboration, y compris le renouvellement des pratiques, des approches et des outils. Dans cette lignée, l'élaboration du *Cadre de référence ITSS – Volet communautaire*¹⁴ tente d'instituer des règles moins contraignantes pour les organismes communautaires, spécialement ceux dont les ITSS ne sont pas la mission principale.

D) ÉCHANGES

La présentation de cette controverse soulève une discussion entre les participants communautaires sur le manque de reconnaissance des connaissances terrain par la DSP et sur la primauté de l'approche expert. Les participants s'étant exprimé considèrent que ce constat reflète largement leur rapport, sans être généralisé. Un participant communautaire souligne que les solutions à ce problème sont déjà enclenchées avec la DSP par le travail à la Table des DG, notamment le biais du Cadre de référence. Il souligne les progrès dans la relation organismes communautaires – DSP, notamment en ce qui concerne le soutien financier maintenant trisannuel (et non plus annuel), ce qui constitue, à son avis, une pratique de collaboration sur laquelle il est possible de bâtir. La question des approches d'intervention étant liée de près à celle du financement des organismes communautaires, un intervenant (ministériel) souligne qu'il pourrait être avantageux pour les organismes communautaires montréalais de s'inspirer de pratiques ayant lieu ailleurs au Québec où des organismes arrivent à se faire financer par plusieurs enveloppes pour leur intervention généraliste.

¹⁴ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010). Programme de prévention du VIH, des hépatites et des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) pour la région de Montréal. Cadre de référence 2010-2015 - Volet communautaire. Montréal : ASSS, 36 p.

TROISIÈME PROBLÈME

UNE OFFRE DE SERVICES RÉGIONALE VERSUS PAR TERRITOIRE DE CSSS

	Offre de service régionale vs par territoire de CSSS Constats • La mise en place des services 1^{ère} ligne n'est pas complétée : obstacles internes à l'organisation des services ITSS en CSSS • Impression des CSSS d'une méconnaissance par la DSP de leurs contraintes et priorités organisationnelles; disparité ressources régional-local; trop de priorités de santé publique • Budgets ciblés ITSS (SIDEPE) ont servi à financer des services autres que ITSS dans certains CSSS; suivi de l'Agence restreint aux ententes de gestion (pas de suivi au niveau de l'organisation de services) • Intérêts/positions par toujours convergents entre CSSS : SIDEPE à vocation régionale; absence d'OC ITSS dans plusieurs territoires; populations vulnérables inégalement réparties Enjeux (gains / pertes anticipés) • CSSS : rejoindre PV-ITSS résidant/transitant sur leur territoire vs priorités et capacités organisationnelles (masse critique de clients et d'expertise); soulager pression sur services dans certains CSSS • DSP : (faire) appliquer le programme (PAR-PAL ITSS) tout en développant des rapports d'interdépendance/ influence réciproque avec les CSSS Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)
	Stratégies et solutions réalisées ou envisagées par les acteurs Interaction – apprentissage • Partage d'information et outils entre (répondants ITSS des) CSSS • Former, outiller intervenants 1^{ère} ligne; communautés de pratique • Production et diffusion des portraits locaux (épidémiologie, ressources); cadres logiques pour soutenir mise à jour des PAL Structuration – organisation • Mise en place d'un sous-comité ITSS de la Table régionale de santé publique pour implanter les PAR-PAL ITSS • Budgets de démarrage pour favoriser l'adaptation des services aux UDI; reddition de comptes SIDEPE gérée par DSP (GT ITSS) • Établir corridors de services sur une base régionale (ex.: réseau UDI-VHC) Action politique – lobbying • Tournée des CSSS par la DSP pour mobiliser les décideurs • Représentation auprès de l'Agence pour soutenir l'organisation de services Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)

A) EXPOSITION DU PROBLÈME

Une gamme complète de services en prévention des ITSS, couvrant toutes les populations cibles, doit-elle être offerte sur tous les territoires de CSSS de l'Île de Montréal ou si l'offre de services doit être ajustée aux réalités et capacités locales?

Cette question se pose puisque la mise en place des services de première ligne en CSSS n'est pas complétée sur le territoire montréalais et que ces services ITSS sont inégalement distribués sur le territoire. Plusieurs obstacles internes déjà mentionnés freinent l'organisation des services. En outre, le dossier ITSS en est un parmi d'autres dans le déploiement des priorités de santé publique qui incombe aux CSSS, en contexte de ressources limitées. À cet égard, les CSSS notent le peu de ressources dont ils disposent comparativement aux ressources régionales (DSP).

Cette question découle aussi du fait que des budgets dédiés aux ITSS (SIDEP) sont déjà alloués à certains CSSS ayant des mandats régionaux, bien que ces budgets aient pu déjà être consacrés à d'autres fins, vu un contrôle inadéquat de la part de l'Agence qui a limité son suivi aux ententes de gestion sans un regard sur l'organisation de services. Cette situation a pour conséquence de ralentir l'organisation régionale de services ITSS.

Dans son rôle de planificateur régional, la DSP vise une meilleure prise en charge des ITSS sur l'île de Montréal. Elle s'attend à ce que tous les CSSS offrent un tronc commun régional de services ITSS pour chaque population cible, sans viser une uniformisation dans les 12 CSSS. De même, certains CSSS centraux, sursollicités, s'attendent que les CSSS périphériques développent leur propre offre de services. Or, tous n'en voient l'utilité car certaines populations cibles sont peu présentes sur leur territoire, ou bien leur priorité a été accordée à certaines populations cibles (ex. : communautés culturelles, jeunes), ou encore ils soutiennent que certaines populations cibles vont préférer l'anonymat que leur procurent des services hors territoire local. Par ailleurs, une offre de services régionale, incluant des services ITSS spécialisés, peut potentiellement permettre un gain en efficience par la mise en commun d'expertise. Tous ne disposent pas non plus des mêmes ressources, des mêmes expertises ni des mêmes expériences en matière d'ITSS et de pratiques collaboratives. Par exemple, certains CSSS disposent de SIDEP, certains ont développé des liens de collaboration avec des Groupes de médecine de famille ou des cliniques privées. De même, il y a une concentration d'organismes communautaires ITSS sur certains territoires de CSSS tandis qu'il y en a très peu, voire aucun, sur d'autres. L'existence d'organismes communautaires sur

les territoires de CSSS peut avoir un impact sur l'offre de services des CSSS puisque ces organismes communautaires agissent en sentinelle permettant que se manifestent les besoins et qu'ils peuvent collaborer à l'offre de services.

B) ENJEUX SOULEVÉS PAR CE PROBLÈME

Pour les CSSS, l'enjeu est d'accomplir leur mandat populationnel dans la lutte contre les ITSS, alors que le volume de la demande peut ne pas être suffisant pour maintenir une expertise et des ressources dédiées et alors que plusieurs autres priorités se présentent. Pour la DSP, l'enjeu est d'assurer l'application du programme régional ITSS, pour lequel elle est redevable, tout en faisant preuve de souplesse dans ses rapports avec les CSSS afin de favoriser leur participation.

C) STRATÉGIES ENVISAGÉES OU RÉALISÉES

Les **stratégies d'interaction et d'apprentissage** consistent au partage d'information et d'outils entre répondants ITSS par le biais du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* (ex. : les cadres logiques dans la mise à jour des PAL); à la formation et l'instrumentation des intervenants de 1^{ère} ligne, notamment par le biais de communautés de pratique; à la production et la diffusion des portraits locaux par la DSP, aidant les CSSS à effectuer la priorisation de leurs actions en fonction du portrait épidémiologique de leurs territoires.

Pour ce qui est des **stratégies structurelles ou organisationnelles**, le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* (Groupe de travail des CSSS) est, de l'avis des CSSS comme de la DSP, une structure particulièrement aidante pour l'implantation des PAL ITSS. En dépit de la nécessité d'harmoniser les services offerts en CSSS au tronc commun régional, les répondants des CSSS perçoivent là une flexibilité de la DSP dans les décisions. Ils considèrent être écoutés par la DSP et pouvoir l'influencer en amenant leurs préoccupations.

Une autre **stratégie structurelle** déployée par la DSP est de rendre disponibles des budgets ponctuels pour les CSSS afin de les soutenir dans l'adaptation de leurs services aux UDI. En outre, la reddition de comptes des budgets SIDEPA désormais lieu au Groupe de travail des CSSS de sorte à assurer un meilleur suivi des budgets de l'Agence et à contrer leur utilisation à d'autres fins.

Enfin, une troisième **stratégie structurelle** régionale consiste en l'établissement de corridors de services entre CSSS pour consolider le réseau ITSS, par exemple le réseau UDI- hépatite C.

Deux **stratégies politiques** visant à faciliter le développement des services locaux sont déployées par la DSP, soit une tournée des CSSS pour mobiliser les décideurs locaux et des représentations politiques auprès de l'Agence afin de soutenir l'organisation de services.

D) ÉCHANGES

Une répondante ITSS de CSSS soulève la difficulté des CSSS à prioriser les ITSS puisque tout en cherchant à répondre aux priorités ministérielles et à celles de la DSP, les CSSS doivent dégager leurs priorités en fonction de leur mandat premier qu'est l'approche populationnelle. La priorisation selon les besoins locaux (logique ascendante) peut ne pas concorder avec les mandats provenant du MSSS, de l'Agence ou de la DSP (logique descendante).

Une autre répondante de CSSS précise qu'étant donné qu'une partie des clientèles vulnérables aux ITSS est marginalisée, les arguments que peuvent faire valoir les répondants ITSS auprès de leurs gestionnaires sont souvent insuffisants pour faire développer une offre de services dans leur CSSS.

L'historique des CSSS (CLSC) est un autre facteur à prendre en considération quant à l'offre de services ITSS déployée localement selon une répondante de CSSS. Une pratique de planning peu structurée en CSSS peut nuire au développement d'intervention en ITSS. Ainsi, les CSSS n'ayant développé que des services généraux ITSS et pas de services spécifiques aux populations les plus vulnérables aux ITSS connaissent mal ces populations sur leur territoire. Si ces personnes vont chercher des services hors territoire, il en résulte une mauvaise lecture des besoins populationnels de leur territoire dans ces CSSS.

Un autre répondant ITSS de CSSS ajoute qu'il est vrai que certains CSSS n'ont pas de collaborateur communautaire sur leur territoire, faisant en sorte que la clientèle ITSS est méconnue à la fois des CSSS et des organismes communautaires. Cela explique les divergences entre les CSSS sur l'offre de services requise en prévention des ITSS. Les CSSS doivent faire appel à des organismes d'autres territoires et souhaiteraient l'aide et le soutien de ces derniers dans le développement de leur offre de services ITSS.

Un intervenant communautaire souligne qu'un organisme communautaire couvrant plusieurs CSSS doit composer avec des protocoles et des procédés qui diffèrent d'un territoire à l'autre (ex.: l'accès aux tests de dépistage n'est pas le même partout, ni les actes délégués). Le travail des organismes communautaires auprès de plusieurs CSSS est exigeant et nécessite certains arrangements préalables.

QUATRIÈME PROBLÈME

STATU QUO VERSUS CHANGEMENT DANS LE FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	<i>Statu quo vs changement dans le financement des OC</i> Constats • Importance du financement pour rassembler les acteurs, intéresser des partenaires et faciliter la prestation et l'organisation des services • Structure actuelle de financement OC (par projets et ententes de service, non récurrents) favorise le travail en silo, renforce le cloisonnement entre catégories d'OC et induit compétition entre eux • Financement de certaines catégories d'OC n'est pas à la hauteur de l'importance des ITSS dans les populations qu'ils desservent (en termes d'incidence-prévalence) • Difficulté d'obtenir d'autres financements pour projets UDI-toxico; répercussion sur financement des autres groupes (HARSAH, etc.) • Manque de cohérence et d'arrimage entre les fonds PSOC (Agence) et prévention ITSS (DSP); cadre de financement PSOC renforce cloisonnement entre programmes (ex.: sida – santé mentale) • Absence de budgets de développement en prévention ITSS, pas de marge de manœuvre Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010) 
	<i>Stratégies et solutions réalisées ou envisagées par les acteurs</i> Enjeux (gains / pertes anticipés) • Gagner en efficacité et en équité, mais le coût du changement est potentiellement désavantageux pour certains (jeu à somme nulle) Structuration – organisation • Cofinancement, mais difficile à gérer (exigences divergentes des bailleurs de fonds) • Revoir les modalités de financement (ex.: durée); adapter la reddition de comptes (ex.: selon l'importance du financement reçu) • Harmoniser les deux principales sources de financement Sida-ITSS; restructurer le PSOC et en rendre la gestion plus participative Action politique – lobbying • Représentation politique des OC – ITSS auprès de l'Agence; regroupement régional formel (TOM-Sida) • Représentations auprès des décideurs MSSS-DSP-Agence pour plus d'investissements en ITSS; fonds de développement Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010) 

A) EXPOSITION DU PROBLÈME

Le programme régional de financement en prévention des ITSS est le principal élément réunissant les acteurs au sein du système d'action montréalais en prévention des ITSS. Il est un levier important pour intéresser des partenaires et pour rassembler les acteurs vers cette finalité qu'est la lutte aux ITSS. Il est aussi un élément structurant de l'organisation et de la prestation des services. Paradoxalement, bien que le programme de financement soit un élément de cohésion, les acteurs ITSS s'entendent pour dire que les règles actuelles d'allocation des ressources financières (qui est financé est à quelle hauteur) contraignent les pratiques collaboratives au sein du système d'action, de deux façons principales.

Premièrement, le financement octroyé aux organismes par projets ou ententes de service et sa non-récurrence offrent peu de marge de manœuvre aux organismes communautaires, les montants étant strictement limités aux ressources requises par chaque projet. Des ressources additionnelles leur sont pourtant essentielles pour la coordination des projets, pour l'arrimage avec d'autres projets ou organismes ciblant les mêmes populations ou pour évaluer leurs actions. Le peu de flexibilité des financements contribue à évacuer la planification à long terme et nuit à l'intégration et à la continuité des activités des organismes communautaires, mais aussi à leurs projets collaboratifs. Ainsi, plutôt que d'encourager le travail collaboratif, le mode de financement par organisme et projet spécifiques induit un climat de compétition entre les organismes communautaires ITSS et un certain cloisonnement (travail en silo) entre les organismes, voire entre les projets au sein du même organisme.

Deuxièmement, la structure de financement actuelle peut constituer un obstacle à la concertation entre les acteurs ITSS parce qu'elle contribue à maintenir une catégorisation des organismes communautaires par populations vulnérables et renforce leur cloisonnement. Cette logique de différenciation des organismes communautaires par populations cibles accroît la tendance à mobiliser les organismes communautaires que pour les sujets qui concernent leur catégorie sans leur permettre de se sentir partie prenante de questions qui touchent les autres cibles. Ainsi, la catégorisation des organismes qu'opère le programme de financement limite leur participation à la planification des actions en prévention des ITSS avec la DSP, ceux-ci n'étant interpellés par la DSP qu'en fonction de la population principale pour laquelle ils sont financés alors qu'ils ont la plupart du temps développé une expertise avec plusieurs populations cibles. Ces éléments, ayant une incidence sur la concertation des organismes communautaires ITSS entre eux, ont aussi un impact sur la collaboration avec les acteurs institutionnels.

Par ailleurs, la répartition des fonds du programme de prévention ITSS entre les différentes catégories d'organismes communautaires est questionnée par certains acteurs qui notent que le financement de certaines catégories d'organismes communautaires n'est pas à la hauteur de l'importance des ITSS dans les populations qu'ils desservent. L'iniquité entre catégories d'organismes communautaires soulève certaines questions, particulièrement celle de leur capacité respective de se représenter et d'arriver à organiser et déployer leurs services pour atteindre leurs finalités.

Un autre élément considéré problématique par les acteurs est la différence dans la catégorisation des organismes réalisée par la DSP et par l'Agence. D'un côté, dans le *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC), les organismes communautaires sont appariés aux programmes-services (sida, dépendances, santé mentale, etc.) les plus compatibles avec leurs missions. En contrepartie, le programme de financement ITSS de la DSP est alloué en fonction de populations vulnérables aux ITSS. Cette différence est interprétée par plusieurs comme étant une incohérence et un manque d'arrimage entre les deux sources de financement régional s'adressant pourtant en partie aux mêmes organismes. La logique de rattachement aux catégories du programme PSOC est inappropriée aux organismes communautaires qui œuvrent auprès de populations multi-problématiques et dont les interventions répondent aux priorités de plusieurs programmes, comme c'est le cas des organismes communautaires ITSS. Par ailleurs, le manque de cohérence entre les programmes ITSS (DSP) et sida (Agence) est illustré par l'écart important entre les financements des organismes en prévention ITSS et en hébergement (sida).

Finalement, les acteurs déplorent que la DSP ne dispose d'aucun budget de développement en prévention ITSS¹⁵. De nouveaux financements pourraient augmenter l'offre de services en ITSS, mais pourraient également servir à enrôler de nouveaux acteurs dans le système d'action, soit des acteurs déjà impliqués en prévention des ITSS qui ne sont pas financés par la DSP ou bien de nouveaux acteurs provenant d'autres secteurs.

B) ENJEUX SOULEVÉS PAR CE PROBLÈME

La modification de la structure de financement pourrait être une option envisagée par le système d'action pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables ou touchées par les ITSS. Cependant, et c'est là le principal enjeu, tous les acteurs n'ont pas le même intérêt à ce qu'une telle révision structurelle ait lieu. Le système d'action pourrait gagner en efficacité et en équité, mais puisqu'il s'agit d'un jeu à

somme nulle (pas de financement additionnel), tous n'en sortiraient pas gagnants. Ceux qui appréhendent que le changement les désavantagerait préféreront évidemment le *statu quo*. Ainsi, la remise en question de la structure de financement risque de créer une crise au sein du système d'action. Une telle révision ne peut avoir cours sans une entente entre les acteurs sur une rationalité d'attribution des fonds qui soit considérée plus équitable par tous.

C) STRATÉGIES ENVISAGÉES OU RÉALISÉES

Aucune **stratégie d'interaction – apprentissage** n'est réalisée ou envisagée devant ce problème. Cependant, il va de soi que les travaux de la Table des DG, dont l'élaboration du *Cadre de référence ITSS*, démontrent que les interactions entre les organismes communautaires et la DSP travaillent à ce problème.

Trois **stratégies structurelles** sont en cours. Premièrement, l'obtention de cofinancements d'autres programmes (autres ministères, gouvernement fédéral ou sources privées) est privilégié par les organismes communautaires pour augmenter leurs ressources. La contrepartie des cofinancements est la complexité de leur gestion (fonds en fiducie) et la difficile conciliation des exigences (divergentes) des bailleurs de fonds.

Deuxièmement, les organismes communautaires et la DSP ont conjointement initié un sous-comité de la Table des DG pour revoir le processus d'allocation budgétaire du *Programme régional de prévention des ITSS* et en assouplir la reddition de comptes. Cette question est quelque peu litigieuse au sein du système d'action ITSS, particulièrement chez les organismes communautaires dont la mission ITSS n'est pas centrale. Il est admis par la DSP comme par les organismes communautaires que la reddition de comptes demandée aux organismes communautaires n'est pas toujours adaptée à leur réalité et ne leur est pas toujours utile. Le travail de ce comité s'est soldé par le passage d'un financement annuel à un financement triennal, officialisé dans le *Cadre de référence ITSS - volet communautaire*¹⁶. Ce passage à un financement triennal viendra potentiellement favoriser et soutenir l'ouverture des organismes communautaires aux autres initiatives enclenchées sur un même territoire ou envers une même population

¹⁵ Notons cependant qu'en première partie du *Forum*, la DSP a annoncé l'allocation d'un budget de 780 000\$ non récurrent pour les OC ITSS.

¹⁶ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010). Programme de prévention du VIH, des hépatites et des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) pour la région de Montréal. Cadre de référence 2010-2015 - Volet communautaire. Montréal : ASSS, 36 p.

pour éventuellement améliorer leur arrimage; il leur permettra de planifier à plus long terme ou encore de mieux évaluer leurs actions.

Troisièmement, les acteurs de la DSP souhaitent harmoniser les deux principales sources de financement Sida-ITSS (le PSOC, géré par l'Agence et le programme ITSS, géré par la DSP), notamment pour réduire les écarts entre les financements que reçoivent les groupes en prévention des ITSS et ceux des organismes en hébergement.

Des **stratégies politiques** sont aussi avancées. D'une part, les organismes communautaires sont à créer une instance de représentation formelle (qui sera nommée *Table des organismes montréalais Sida : TOM-Sida*) afin de faire valoir leurs intérêts politiques et financiers au sein du *Comité de liaison Agence – CSSS - communautaire*. Cette stratégie vise à établir des rapports de collaboration plus productifs avec l'Agence de même qu'à influencer sur les politiques régionales concernant les populations qu'ils desservent.

D'autre part, l'équipe ITSS de la DSP fait des représentations auprès des décideurs de la DSP et de l'Agence de même qu'auprès du MSSS pour obtenir des investissements supplémentaires en ITSS pour subventionner les organismes communautaires, mais aussi pour consolider l'équipe ITSS au sein de la DSP.

D) ÉCHANGES

Un participant communautaire affirme que les arrimages entre les programmes de financement fédéraux et provinciaux sont difficiles à réaliser.

Une répondante de la DSP mentionne que la TOM-sida peut s'avérer un lieu de représentation régional à investir davantage par les organismes communautaires pour représenter leurs intérêts envers l'Agence.

CINQUIÈME PROBLÈME
CONSOLIDATION OU EXTENSION DU RÉSEAU D'ACTEURS

**Configuration du réseau d'acteurs :
consolidation ou extension**

Constats

- Acteurs manquants ou faiblement impliqués en prévention-protection
 - OC ITSS non financés, secteur hébergement
 - 1^{ère} ligne médicale : dépistage, labos, médecins répondants ITSS, etc.
- Acteurs manquants ou faiblement impliqués
 - En amont (promotion) : milieux scolaire, municipal, commercial, communautaire, Sécurité publique; partenaires varient selon PV
 - En aval, services spécialisés 2^e ligne : secteurs Dépendances, Santé mentale
- Mandat ITSS des OC happé par problèmes connexes des PV; corridors de services 1^{ère} ligne difficiles à organiser; accès difficile aux services 2^e ligne du réseau

Enjeux (gains/pertes anticipés)

- Avoir accès à des ressources et expertises cruciales, mais réaliser en retour des actions dépassant le cadre strict de la prévention des ITSS; re-problématiser pour intéresser

Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)



**Stratégies et solutions réalisées ou
envisagées par les acteurs**

Interaction – apprentissage

- Sensibiliser d'autres acteurs communautaires à l'importance des ITSS parmi les clientèles qu'ils desservent
- Participer à des événements locaux pour se faire connaître, favoriser les échanges avec les autres acteurs

Structuration – organisation

- Recadrer la prévention des ITSS dans une finalité plus large (ex.: santé sexuelle) ou autour d'un problème ralliant plusieurs acteurs (ex.: hypersexualisation)
- Investir les instances locales de concertation, travailler avec les Tables de quartier et sectorielles (mais risque de surconcertation)
- Offrir nos expertises, ressources pour favoriser partenariats

Action politique – lobbying

- Exercer des pressions sur l'Agence – MSSS – les CMDP
- Amener préoccupations et besoins des PV sur la place publique
- Capitaliser sur les rapports annuels des Directeurs de Santé publique (national et régional)

Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)



A) EXPOSITION DU PROBLÈME

Suite au constat de la progression constante des épidémies, les acteurs du système d'action montréalais en prévention des ITSS questionnent la configuration de leur réseau. Ils considèrent que l'implication d'autres acteurs ou encore une plus grande implication de ceux plus faiblement impliqués pourrait leur permettre de mieux jouer leurs rôles. Deux options sont sur la table.

Certains acteurs privilégient une consolidation de la configuration actuelle autour de la prévention-protection. Les organismes communautaires ITSS étant happés par une multitude de problèmes connexes rencontrés par les personnes vulnérables aux ITSS, ils utilisent leurs ressources pour accomplir maintes actions connexes à la prévention des ITSS. Ces actions connexes taxent les ressources ITSS et ont un impact sur la capacité des organismes communautaires ITSS à bien jouer leurs rôles. Selon cette optique, la consolidation du réseau signifie le renforcement des intérêts convergents des acteurs au sein du système d'action en prévention des ITSS. L'idée est que les acteurs concentrent leurs efforts autour de l'organisation et de l'adaptation des services de 1^{ère} ligne en ITSS. Les acteurs à intéresser et mobiliser pour consolider le système d'action seraient alors les organismes communautaires ITSS non financés par la DSP, des acteurs du secteur hébergement (sida), les acteurs institutionnels de 1^{ère} ligne considérés névralgiques, notamment pour le dépistage (médecins répondants ITSS, laboratoires, GMF, etc.).

D'autres acteurs du système d'action privilégient un rallongement vers de nouveaux acteurs en amont ou en aval. **En amont**, la conception du rallongement du réseau diffère selon les sous-systèmes d'acteurs par population cible, puisque les actions à entreprendre en promotion de la santé diffèrent selon les réalités épidémiologiques, sociales et culturelles de ces populations. Puisque l'objectif est de travailler à améliorer les conditions de vie et créer des environnements favorables, les acteurs à intéresser et mobiliser pour consolider le système d'action peuvent être les milieux scolaire, municipal, commercial, communautaire, de la sécurité publique. Un élément de contexte peut faciliter le rallongement du réseau en ce sens, soit le rattachement récent du dossier ITSS à la Direction du développement des individus et de l'environnement (à la Direction générale de Santé publique du MSSS), plus proche de la promotion de la santé. **En aval**, l'idée est de rendre les services de 2^e ligne plus accessibles aux populations vulnérables en les adaptant à leurs réalités et d'améliorer l'arrimage entre la 1^{ère} et la 2^e lignes, notamment par l'établissement de corridors de soins. Les acteurs à intéresser et mobiliser sont alors les services spécialisés de 2^e ligne en Dépendances et en Santé mentale.

B) ENJEUX SOULEVÉS PAR CE PROBLÈME

La reconfiguration du réseau ITSS peut potentiellement générer un gain en efficacité et en pertinence en lui donnant accès aux ressources et expertises cruciales que possèdent les nouveaux partenaires tout en abaissant le sentiment d'essoufflement des acteurs déjà mobilisés. Elle a aussi un coût. Elle peut commander certains déplacements importants aux acteurs, que tous ne sont probablement pas disposés à entreprendre. Elle risque d'entraîner un questionnement, de la part des nouveaux acteurs, sur les rôles, pratiques et valeurs des acteurs ITSS et solliciter chez ces derniers une modification de leurs pratiques et un déplacement vers des actions dépassant le cadre strict de la prévention des ITSS. Le rallongement du réseau peut en conséquence créer l'éclatement du système d'action actuel. En outre, pour arriver à intéresser de nouveaux acteurs, une reproblématisation plus large s'impose, en amont comme en aval. Un tel exercice comporte le risque, pour les ITSS, d'être « diluées » dans une compréhension plus large. Une conséquence potentielle peut aussi être des pressions pour un nouveau partage des ressources.

C) STRATÉGIES ENVISAGÉES OU RÉALISÉES

Les **stratégies d'interaction** consistent, pour les acteurs ITSS à prendre part à des événements locaux afin de se faire connaître et favoriser les échanges avec les autres acteurs. Ils investissent à cette fin des lieux de concertation comme les tables de quartier et les tables sectorielles avec l'objectif de mettre la problématique ITSS à l'ordre du jour, de susciter des échanges avec les autres acteurs, de sensibiliser de nouveaux acteurs à l'importance des ITSS et les intéresser à se mobiliser dans le système d'action. La contrepartie la plus importante de cette stratégie est le temps que requièrent ces représentations souvent au détriment de l'intervention (danger d'hyperconcertation).

Quelques **stratégies structurelles** sont considérées. Des CSSS participent aux instances locales et profitent des interactions avec les acteurs communautaires du milieu pour mieux comprendre leurs besoins, leur apporter du soutien et, à terme, favoriser leur partenariat. Des CSSS mettent aussi à la disposition des organismes communautaires de l'expertises et des ressources (ex.: infirmière) afin de faciliter la prestation et l'organisation des services ITSS. Une autre stratégie de restructuration est la reproblématisation de la prévention des ITSS, parfois recadrée dans une finalité plus large (par ex. : santé sexuelle) ou autour d'un problème qui rallie plusieurs acteurs (l'hypersexualisation).

Parmi les **stratégies politiques**, notons des représentations pour porter des demandes et préoccupations sur la place publique (ex. : participation et présentation de mémoires à des commissions parlementaires); des pressions auprès des acteurs institutionnels (Agence, MSSS, CMDP); parfois, du *lobbying* fait par des groupes organisés d'organismes communautaires tels que des coalitions *ad hoc* ou des regroupements formels (la TOM-Sida); miser sur la visibilité du dossier ITSS dans la foulée des rapports annuels des Directeurs de Santé publique national et régional pour tenter d'intéresser de nouveaux acteurs, voire pour rendre les ITSS un enjeu important. Des éléments de contexte peuvent faciliter cette stratégie, tel que des événements locaux centrés sur l'hypersexualisation chez les jeunes, ou le contexte d'élaboration des PAL. À cet égard, les organismes communautaires notent que les outils produits par la DSP, par leur caractère officiel, ont facilité leur travail de sensibilisation auprès des instances locales. Les organismes communautaires affirment, par exemple, que les portraits locaux représentent des catalyseurs pour sensibiliser les acteurs de leur territoire aux problématiques ITSS.

D) ÉCHANGES

Certains participants soulignent des problématiques liées à la concertation médicale de 1^{ère} ligne. Ils précisent que les tests en laboratoires ne sont pas gratuits, étant relégués au secteur privé. Cela pose un problème d'accès puisque des coûts sont encourus par la clientèle. Autre conséquence, les acteurs publics et communautaires éprouvent des difficultés à dépister et connaître la clientèle ITSS puisqu'ils n'ont pas accès aux résultats des laboratoires privés. Les participants insistent également sur l'importance de soutenir les CSSS en levant certains obstacles. Par exemple, la création d'une équipe de dépistage ITSS a été remise en question en raison des quotas de laboratoire. Un membre de l'équipe de recherche mentionne que c'est par un travail régional que la problématique de « l'accès aux laboratoires » pourra être solutionnée.

Une répondante ITSS de CSSS place la reconfiguration du réseau ITSS en lien avec la restructuration de l'Agence, où le secteur hébergement est actuellement en pleine restructuration.

Une répondante ITSS de CSSS précise que pour consolider son offre de services locale, le CSSS doit revoir ses pratiques avec les organismes communautaires de sorte que le CSSS développe une offre de services spécifiques et complémentaires. Une intervenante communautaire vient nuancer ce propos selon lequel il y a un risque à faire des actions qui dépassent le cadre strict de la prévention des ITSS. Elle soutient qu'il est plus avantageux que risqué, pour un organisme communautaire, de travailler dans une

perspective globale et multi factuelle. Elle considère qu'une action plus globale, et non seulement étiquetée ITSS, correspond à un gain de son pouvoir d'action pour obtenir des résultats. C'est un prix que les organismes communautaires sont prêts à payer.

Enfin, les acteurs échangent à propos de la tension existant entre « quantité » et « qualité » de l'intervention qui est attribuable selon eux, à l'attachement, en santé publique, aux données statistiques mesurables. Il est mentionné que le CSSS met l'emphasis sur la quantité de l'intervention (nombre de services, nombre de personnes rejointes) souvent au détriment de la qualité, soit une intervention plus intense et globale pour la clientèle. Or, concentrer beaucoup d'efforts sur une personne, dans une intervention globale et assidue fait en sorte que l'intervenant rencontrera moins de personnes.

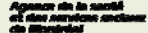
PLÉNIÈRE DE CLÔTURE



Utilisation des résultats et suites de la démarche de recherche-intervention

- Produire et rendre disponibles les Actes du Forum
- Accompagner les trois **initiatives** locales
 - ❖ *Dopamine* – CSSS Lucille-Teasdale
 - ❖ *RÉZO* – CSSS Jeanne-Mance
 - ❖ *RAP jeunesse* – CSSS BC-Saint-Laurent
 - Rendre compte de leur avancement : documenter, monitorer, instrumenter
 - Partager les apprentissages dans un espace régional d'échange existant ou à établir
- Soutenir le travail sur les **problèmes** identifiés
 - Proposition d'un comité tripartite *ad hoc*
 - Accompagnement par un médiateur pour aider à dénouer une controverse
 - Rendre compte, documenter, monitorer, échanger

Bilodeau, Bourque, Beauchemin, Galarneau (2010)



En plénière de clôture, une discussion générale a cours sur les suites à donner à la démarche. Cette discussion visait à créer un dialogue entre les chercheurs et les acteurs du champ ITSS présents pour qu'ils entrevoient les suites à donner à la recherche-intervention. L'équipe de recherche fait les deux propositions suivantes aux acteurs.

1) Créer un espace régional réunissant les trois classes d'acteurs pour rendre compte de l'évolution des initiatives locales de changement

Au terme de la première année, l'équipe de recherche convient qu'il faut renforcer le soutien accordé aux initiatives de changement et qu'il faut impliquer davantage l'ensemble des acteurs dans cette démarche. La perspective de partage et utilisation des connaissances valorisée par la recherche vise à mettre à contribution les expertises et les ressources de tous les partenaires afin de leur permettre d'influencer le changement. L'équipe propose qu'un espace régional réunissant les trois classes d'acteurs soit créé pour

partager les expériences ou que des périodes de temps soient consacrées à cette fin dans les deux espaces de concertation existants. Cela implique que les organisations investies dans les initiatives de changement acceptent d'exposer périodiquement leurs pratiques au regard des autres acteurs. Le rôle de l'équipe de recherche sera alors de les soutenir dans cet exercice, notamment en documentant l'avancement des initiatives au moyen d'entrevues, d'observations et d'outils de monitoring, de sorte à tirer des apprentissages bénéficiant à l'ensemble des acteurs.

2) Soutenir le travail sur les problèmes identifiés

L'équipe de recherche propose la création d'un comité tripartite *ad hoc* pour discuter de l'intérêt respectif des trois classes d'acteurs à travailler sur un ou plusieurs des cinq problèmes mis en lumière par la recherche. Ce comité *ad hoc* pourrait permettre de réaliser une analyse stratégique (analyse en contexte) des collaborations pour cibler et solutionner les problématiques prioritaires sur une base régionale. Dans le cas où les trois classes d'acteurs seraient intéressées à travailler sur un ou des problèmes, l'équipe de recherche développerait des stratégies de soutien, par exemple, en fournissant les services d'un médiateur-traducteur pour soutenir le traitement d'une controverse. Le soutien offert par l'équipe de recherche se traduirait également par le suivi et le monitoring du travail réalisé.

Réactions des acteurs

Des acteurs ont réagi aux propositions de l'équipe de recherche quant à la mise sur pied d'un comité tripartite et quant à la résolution des problèmes exposés par la présentation. L'équipe de recherche clôt le *Forum régional* en invitant les participants à ajouter un point à l'ordre du jour de la prochaine session de leurs instances régionales de concertation pour discuter des conclusions de la recherche, de leur intérêt à travailler sur certains des problèmes et à créer un comité tripartite *ad hoc* pour déterminer quels problèmes prioriser.

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Actes du Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS	8 \$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)		
	978-2-89494-960-3		

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville		Code postal

Téléphone

Télécopieur

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**

Veuillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER
notre monde
EN SANTÉ

