

Rapport n° 5

# ÉVALUATION DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ D'UN RÉSEAU LOCAL DE SERVICES EN SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL  
COLLABORATIF À SALABERRY-DE-VALLEYFIELD

BERNARD-SIMON LECLERC  
ANNIE C. BERNATCHEZ  
MAXIME BOUCHER  
NADIA DEVILLE-STOETZEL  
LAILA MAHMOUDI  
MARIA NOUN  
YVES COUTURIER

Janvier 2020



Social Sciences and  
Humanities Research  
Council of Canada

Canada

Conseil de recherches  
en sciences humaines  
du Canada



ARIMA

Quand la recherche et la pratique font connaissance

InterActions

Centre de recherche et de partage des savoirs  
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

## AUTEURS

**Bernard-Simon Leclerc**, chercheur, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, et professeur agrégé de clinique, Département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique de l'Université de Montréal et Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

**Annie C. Bernatchez**, professionnelle de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, doctorante en sociologie à l'Université d'Ottawa

**Maxime Boucher**, auxiliaire de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, doctorant en études urbaines à l'Institut national de la recherche scientifique

**Nadia Deville-Stoetzel**, auxiliaire de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, doctorante en sociologie à l'Université du Québec à Montréal

**Laila Mahmoudi**, professionnelle de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Maria Noun**, professionnelle de recherche, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

**Yves Couturier**, chercheur, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, et professeur titulaire, Département de service social, Université de Sherbrooke

avec la collaboration de

**Louis-Philippe Boucher**, organisateur communautaire, CISSS de la Montérégie-Ouest

**Stéphane Brault**, coordonnateur, Service alimentaire communautaire de Valleyfield

**Sophie Leduc**, conseillère cadre en santé publique, CISSS de la Montérégie-Ouest

**Ginette Pariseault**, citoyenne, auparavant cadre supérieure, Programmes familles, services généraux et développement des communautés, CISSS de la Montérégie-Ouest

**Mélanie Scraire**, directrice générale, Corporation de développement communautaire de Beauharnois-Salaberry

## GRAPHISME

Tetiana Meleshko

## RÉVISION LINGUISTIQUE

Daniel Desrochers

## REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée à partir de données collectées dans le cadre d'une recherche-action portant sur l'insécurité alimentaire et le développement social collaboratif réalisée entre 2013 et 2015 sur le territoire de Salaberry-de-Valleyfield. La recherche a été réalisée en étroite collaboration avec un comité local de pilotage constitué d'intervenants, de gestionnaires et de chercheurs universitaires attachés à de nombreux organismes, dont le Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, le Comité de sécurité alimentaire de Beauharnois-Salaberry, la Corporation de développement communautaire (CDC) de Beauharnois-Salaberry, le Service alimentaire communautaire (SAC) de Valleyfield, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke.

La recherche a été financée par le programme de soutien à la recherche partenariale ARIMA, lui-même subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Elle a également bénéficié d'un don en cartes-cadeaux du supermarché Maxi Dufferin à Salaberry-de-Valleyfield à l'intention des usagers du SAC de Valleyfield qui ont participé aux entrevues.

Les auteurs souhaitent remercier vivement les usagers du SAC de Salaberry-de-Valleyfield ainsi que les intervenants et les gestionnaires qui ont accepté de répondre à leurs questions et qui ont contribué par le fait même à l'avancement des connaissances dans le champ investi. Ils remercient également Aurélie Hot, Joey Jacob et Sabrina Lessard pour leur disponibilité et leur soutien professionnel tout au long de ce travail, Chantal Geneau pour sa participation au comité local de pilotage ainsi que Gilles Beauchamp, Suzanne Deshaies et Maryse Rivard pour leur accompagnement auprès des membres du comité local de la région du Suroît.

## AVANT-PROPOS

La démarche participative et évaluative entre les chercheurs du milieu universitaire et les acteurs des milieux de pratique est au cœur du programme de recherche ARIMA et du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions. Cette démarche met l'accent sur les dynamiques relationnelles dans les réseaux d'intervention et la gouvernance intersectorielle en matière de services sociaux. Elle s'insère dans un programme de recherche, d'actions et de coconstruction des connaissances entre chercheurs et acteurs des milieux et vise à enrichir la compréhension des thématiques de recherche du programme ARIMA. Ce faisant, les liens entre les pratiques d'utilisation des services et l'organisation des réseaux de services sont examinés par le biais du réseau d'aide alimentaire de Salaberry-de-Valleyfield. Cette initiative permet d'inscrire l'aide alimentaire dans un processus global d'insertion sociale des personnes en situation de pauvreté associé à une prise en charge locale des problèmes de santé et de bien-être.

L'étude concerne plus précisément le développement et le maintien d'une prestation de services communautaires et institutionnels dans un contexte de responsabilité populationnelle, de recrudescence des demandes d'aide alimentaire et de rareté des ressources humaines et financières. Elle ambitionne de fournir des pistes de réflexion aux acteurs locaux leur permettant d'interroger leurs pratiques de collaboration en ce qui concerne le soutien et l'accompagnement des personnes utilisatrices de leurs services.

Dans le même ordre d'idées, le Comité de développement social de la municipalité régionale de comté (MRC) de Beauharnois-Salaberry adhère à une politique de développement social qui oriente les missions et les actions des organismes du territoire. Elle vise à guider l'action collective dans le but d'améliorer les conditions de vie des citoyens. Ainsi, la Ville de Salaberry-de-Valleyfield et la Corporation de développement communautaire (CDC) de Beauharnois-Salaberry ont identifié des pistes d'actions, telles que les saines habitudes de vie et la sécurité alimentaire [25].

Notre recherche cherche globalement à répondre à la question suivante : Par quelles dynamiques se configurent les processus de relations interprofessionnelles et de gouvernance intersectorielle d'un réseau local de services de protection sociale et de sécurité alimentaire? Rappelons les cinq objectifs de la recherche, chacun constituant le thème d'un rapport thématique :

1. Documenter l'expérience de recherche d'aide et les besoins rapportés des usagers d'un service d'aide alimentaire ainsi que les besoins normés, c'est-à-dire les besoins définis par les professionnels des services (rapport 2) ;
2. Déterminer l'offre de services et le fonctionnement des différents organismes ainsi que les facteurs qui les conditionnent (rapport 3) ;
3. Examiner les pratiques de collaboration interorganisationnelle et de concertation intersectorielle existantes et identifier les facteurs pouvant contribuer à l'engagement des acteurs (rapport 4) ;
4. Évaluer les dimensions de l'intégration des services dans le réseau local de services de protection sociale et de sécurité alimentaire (rapport 5) ;
5. Préciser la façon dont les organismes communautaires et institutionnels de protection sociale et de sécurité alimentaire pourraient s'inscrire dans un véritable processus de concertation intersectorielle et de développement local pour répondre aux besoins des clientèles desservies (rapport 6).

La démarche de la recherche ainsi que le contexte de l'étude, les cadres théorique et méthodologique et les outils adoptés sont documentés dans un rapport distinct (rapport 1).

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Perspective du système de santé au Québec</b>	<b>1</b>
2.1	Intégration des services sociaux et de santé . . . . .	1
2.2	Mandat collectif des réseaux locaux de services . . . . .	3
<b>3</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>4</b>
3.1	Analyse des données qualitatives . . . . .	4
<b>4</b>	<b>Résultats</b>	<b>5</b>
4.1	Coordination des services . . . . .	6
4.1.1	Séquence des services : responsabilité des usagers . . . . .	6
4.1.2	Réciprocité des services : limites des RLS . . . . .	6
4.1.3	Collectif des services : efficace, mais circonscrit . . . . .	7
4.2	Continuité des services . . . . .	7
4.2.1	Prestation et cohérence des services . . . . .	8
4.2.2	Disponibilité et transférabilité des informations . . . . .	9
4.2.3	Relation entre représentants d'organisme et usagers . . . . .	10
4.3	Évaluation des niveaux d'intégration des services . . . . .	11
4.3.1	Coordination des équipes et des services . . . . .	11
4.3.2	Intégrations de normes et de références communes . . . . .	12
4.3.3	Prise en charge globale dans une perspective de continuité des services . . . . .	13
4.3.4	Arrimage du cadre organisationnel aux principes normatifs des acteurs sur un même territoire . . . . .	14
<b>5</b>	<b>Discussion</b>	<b>14</b>
5.1	Sommaire des résultats . . . . .	14
5.2	Quelques constats . . . . .	16
<b>6</b>	<b>Conclusion</b>	<b>17</b>
	<b>Références</b>	<b>19</b>

## Liste des tableaux

1	Résumé des concepts liés à l'intégration, à la coordination et à la continuité des services. . . . .	5
---	--	---

## Table des figures

1	Les acteurs dans un réseau local de services . . . . .	2
---	--	---

# 1 Introduction

Le système de santé et de services sociaux québécois est pensé de manière à ce que les intervenants de la santé et des services sociaux travaillent en équipe interdisciplinaire et intersectorielle. Cependant, l'intervention en réseau représente à la fois la priorité et la pierre d'achoppement du fonctionnement du système. La réforme du système québécois de santé et services sociaux de 2003 [39] et la Loi sur les services de santé et services sociaux de 2005 sont venues confirmer et encadrer la responsabilité populationnelle en spécifiant les modalités et les finalités de l'action collective pour le bien-être des populations. Le Québec est alors fragmenté en territoires sociosanitaires locaux et mis sous l'égide de centres de santé et de services sociaux (CSSS). Depuis, sous l'impulsion de la Loi 10, les CSSS ont été fusionnés au printemps 2015 pour constituer 22 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). L'ambition est d'agir en amont sur les déterminants sociaux de la santé par la promotion de la santé et la prévention des maladies auprès des populations résidant sur des territoires circonscrits. Dans ce contexte, la responsabilité des CSSS consiste à favoriser l'accès aux services tout en assurant leur complémentarité et leur continuité. La responsabilité des CSSS vise à garantir l'intégration des services liés à l'aspect sociosanitaire des parcours de vie.

L'intégration des services dans le réseau local de services (RLS) en ce qui a trait à la sécurité alimentaire à Salaberry-de-Valleyfield soulève plusieurs enjeux et défis. Premièrement, les visions de ce qui doit être réalisé et les façons de le faire collectivement ; deuxièmement, les relations formelles et informelles entre les acteurs du réseau ; et troisièmement, la disponibilité des ressources matérielles, humaines et financières. Nous désignons par *intégration des services* le processus à l'œuvre dans la création et le maintien d'une gouvernance commune entre des acteurs et des organisations autonomes afin de coordonner dans le temps leur interdépendance. Ce procédé leur permet de coopérer dans le but de réaliser un projet collectif [13].

Par ailleurs, l'intégration souhaitée des services est contextualisée localement, c'est-à-dire autour d'une réalité systémique qui est commune à tous les organismes et qui sous-tend l'adhésion à un système de valeurs, de gouvernance et de prise en charge des besoins individuels. Il existe trois systèmes distincts qui orientent l'intégration des services [13], mais la clé du succès dans le RLS est la coordination. La collaboration, la concertation et le partenariat entre les acteurs locaux apportent une réponse aux problèmes sociaux et diminuent leurs effets chez les populations marginalisées ou exclues [22]. Les acteurs dont le mandat est relatif à la sécurité alimentaire vivent une dualité entre le désir de répondre aux besoins immédiats de nourriture et celui de résoudre les causes de ces besoins [44]. Toutefois, les expériences de concertation intersectorielle relevées dans la littérature [30] ne semblent plus suffisantes. Dans la perspective d'instaurer un changement de culture durable de la concertation autour des problématiques sociales, les acteurs locaux du territoire de Salaberry-de-Valleyfield souhaitent connaître les façons d'agir collectivement. Dans ce contexte, nous présentons de manière détaillée la coordination et la continuité des services vécus à la fois par les usagers et les dispensateurs de services. Nous dresserons le portrait de l'intégration des services dans le RLS en mettant en perspective les connaissances qui ont été présentées dans les rapports précédents.

Le présent rapport thématique, cinquième d'une série de six dédiés à la diffusion des résultats de la recherche-action, est en lien avec le quatrième objectif : *Évaluer les dimensions de l'intégration des services dans le réseau local de services de protection sociale et de sécurité alimentaire.*

## 2 Perspective du système de santé au Québec

Cette section introduit le lecteur à la question de l'intégration des services pour la population et aux précisions quant au mandat du système de santé et de services sociaux en s'appuyant sur le cas du RLS de Salaberry-de-Valleyfield.

### 2.1 Intégration des services sociaux et de santé

Durant les années 1970, la dispersion des services liés à la santé et la fragmentation de l'action collective ont créé un mal-être social [18]. Un peu plus de 30 ans plus tard, l'État a légitimé les RLS afin de privilégier l'intégration des services disponibles sur les territoires attribués aux CSSS. Un « réseau local de services intégrés » est un ensemble de ressources professionnelles interreliées et complémentaires qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services, à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats et de l'état de santé et de bien-être de la population desservie [5] [26]. Selon Contandriopoulos et ses collaborateurs (p. 41) [13], nous nous référons à l'intégration des services pour désigner le « processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs

interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif ».

L'intégration des services vise à fusionner les soins, les services et les compétences d'un ensemble d'acteurs sur un territoire afin d'équilibrer l'accessibilité et la cohérence des services offerts à la population. Ce changement dans la façon de procéder collectivement suppose que les acteurs se réorganisent ensemble pour offrir des services complémentaires et continus [32]. Les principes fondateurs de l'intervention en réseau reposent sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services de première, deuxième et troisième lignes. Ainsi, les dispensateurs de services doivent arrimer leurs actions aux besoins des citoyens sur leur territoire respectif afin que l'organisation des services fonctionne adéquatement. L'intégration cible les actions suivantes :

1. Offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture ;
2. Assurer une meilleure prise en charge des personnes ;
3. Agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population ;
4. Rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent ;
5. Consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par les services de première, de deuxième et de troisième lignes ;
6. Donner aux gestionnaires des moyens qui encouragent l'esprit d'initiative et favorisent le dynamisme ;
7. Encourager l'engagement et la responsabilité de chacun (p.7) [32].

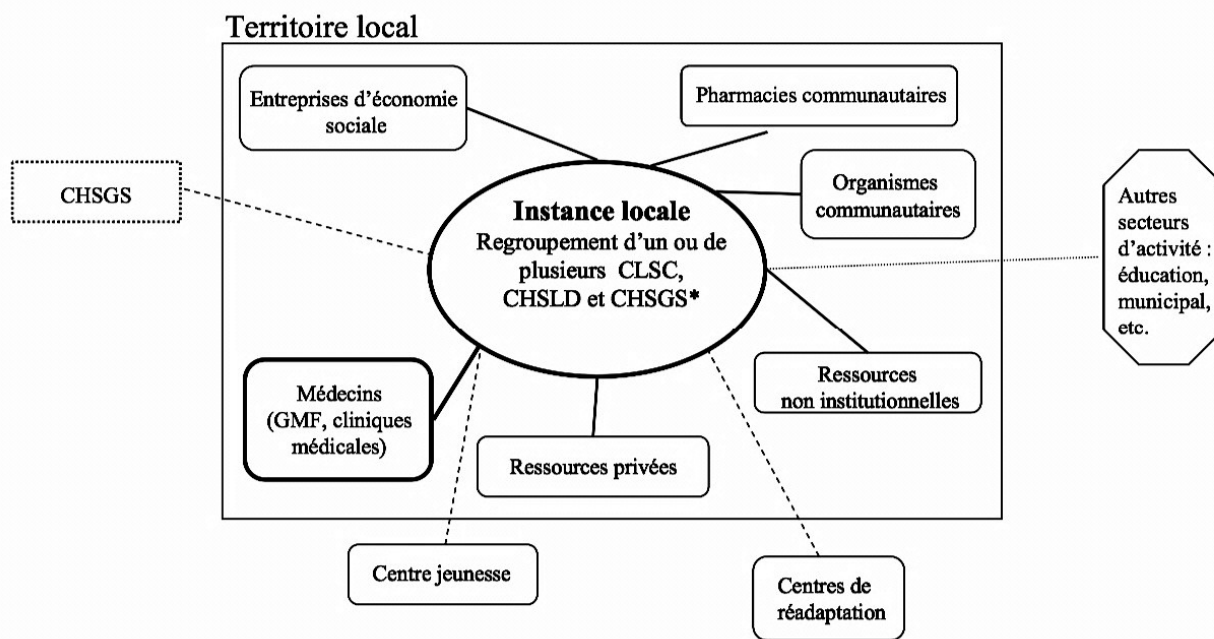


FIGURE 1 – Les acteurs dans un réseau local de services

Les CSSS sont les instances locales responsables de guider et d'opérationnaliser les objectifs de la réforme et de mobiliser l'ensemble des établissements et des partenaires de leur RLS. Leur mandat consiste à favoriser l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services du territoire desservi. En tant que dispositif étatique, les CSSS doivent créer des liens avec les acteurs de la communauté pour arrimer les services aux besoins populationnels et pour orienter l'action collective dans la poursuite des priorités nationales. La figure 1 (p.13) [32] est un exemple de la diversité des acteurs à coordonner sur un territoire. À cet organigramme s'ajoutent les citoyens locaux.

La ville de Salaberry-de-Valleyfield appartient au CSSS du Suroît [14]. Ce territoire regroupe quatre directions de RLS : 1) le réseau famille, services généraux, développement des communautés ; 2) le réseau santé physique ; 3) le réseau personnes en perte d'autonomie ; et 4) le réseau en santé mentale, qui inclut un hôpital, un centre d'hébergement, un CLSC, deux cliniques externes en santé mentale pour jeunes et adultes ainsi qu'un centre de jour en santé mentale.

Le paysage organisationnel est très diversifié, mais il maintient des attaches institutionnelles. Pour illustrer cette diversité, nous retrouvons par exemple des services d'aide aux groupes communautaires, des clubs de services et une variété de services de santé et de services communautaires ainsi qu'une pluralité de regroupements tels que le Centre d'action bénévole, la Corporation de développement communautaire, le Forum jeunesse, l'organisme Pour un Réseau Actif dans nos Quartiers (PRAQ) et de nombreuses tables de concertation qui traitent d'enjeux spécifiques. L'intégration des services dans un esprit de responsabilité populationnelle pose un problème en présence de la pluralité des acteurs locaux. En effet, l'intégration des services dans une logique d'interdépendance où des organismes autonomes sont sollicités afin d'établir des ententes de coopération et de coordination des actions entre les acteurs organisationnels autour d'un projet collectif et structurant.

L'intégration est contextualisée localement autour d'une réalité systémique commune, à savoir les représentations et les valeurs, la gouverne et, finalement, la manière de prendre en charge les besoins individuels [13]. Contandriopoulos et ses collaborateurs (*ibid.* : 44-46) proposent que ces trois systèmes orientent l'intégration de cinq dimensions : 1) l'intégration des services ; 2) l'intégration des équipes ; 3) l'intégration fonctionnelle ; 4) l'intégration normative ; et 5) l'intégration systémique. Enfin, nous pouvons parler de l'intégration des services dans un RLS lorsqu'il existe un cadre organisationnel au sein duquel les acteurs interagissent et dont les normes respectives s'articulent autour d'un projet collectif. Néanmoins, la clé de l'intégration des services dans un RLS demeure la coordination.

En contexte de responsabilité populationnelle, la coordination requiert des acteurs qu'ils coopèrent pour favoriser l'accessibilité et la cohérence des soins et des services aux besoins des populations. Contandriopoulos et ses collaborateurs [13] reprennent les propos de Alter et Hage [3] afin de décrire les trois formes de coordination qui sont présentes dans une logique d'intégration de services. La coordination peut-être séquentielle, réciproque ou collective. Par ailleurs, Reid et ses collaborateurs [42] distinguent trois formes de continuité de services : 1) la continuité d'approche ; 2) la continuité informationnelle ; et 3) la continuité relationnelle. Selon eux, l'expérience de la continuité est accessible par le « vécu » des utilisateurs de services qui s'inscrivent dans un épisode de services pour évaluer leur cohérence et la façon dont ils sont reliés ou non dans le temps.

## 2.2 Mandat collectif des réseaux locaux de services

L'universalité des soins et la centralisation des services ont réorienté la gouvernance de l'action collective en santé. La Charte d'Ottawa [49] a façonné l'action communautaire dans un esprit de la « Santé pour tous » de telle sorte que le milieu communautaire, la concertation intersectorielle et le partenariat interorganisationnel sont devenus indissociables du développement des communautés. Les acteurs de la santé publique ont établi des priorités en développant des programmes et des politiques portant sur les déterminants sociaux de la santé afin d'aiguiller le développement des communautés [31]. Dans ce cadre, le développement des communautés apparaît comme « une forme d'action collective structurée sur un territoire donné qui, par la participation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, cible des enjeux collectifs reliés aux conditions et à la qualité de vie » (p. 42) [8]. La concertation demeure un moyen de surmonter collectivement les enjeux et les défis relatifs au bien-être des populations. Les interventions communautaires portent notamment sur des enjeux sociaux tels que l'itinérance, l'employabilité et la sécurité alimentaire.

L'idée de responsabilité populationnelle, véhiculée par la loi 25<sup>1</sup> [38] et légitimée par la loi 83<sup>2</sup> [39], est fermement ancrée dans les orientations de l'action collective en santé et services sociaux. Selon Roy et ses collaborateurs [45], ce mandat du réseau de la santé réfère au *triple aim* [7] :

1. « améliorer la santé par une offre globale de services, incluant une action sur les déterminants de la santé afin de réduire les risques, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé dans la population ;
2. améliorer l'expérience personnelle de soins des individus et de leurs proches, par une intégration appropriée des soins et des services à travers des continuums d'interventions interdisciplinaires où les personnes participent activement à leur prise en charge ;
3. améliorer l'utilisation des ressources humaines, financières, technologiques et informationnelles consentis en appuyant la prestation de services, en éliminant le gaspillage et en maîtrisant les coûts » (p. 61) [45].

Roy et ses collaborateurs [45] postulent que les conditions fondamentales à mobiliser dans les milieux ont pour objectif : 1) de responsabiliser les acteurs d'un territoire envers leur population ; 2) d'assurer des soins de santé et des

---

1. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

2. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

services sociaux pour l'ensemble de cette population ; et 3) de détenir une organisation pour assurer l'intégration avec une autorité imputable sur leur territoire (ex. : CSSS). Tel que présenté précédemment, les CSSS sont des dispositifs étatiques ayant pour mission d'actualiser le mandat du système de santé et de services sociaux sur leur territoire respectif [39] [40] en animant un ou des RLS [6]. Ils doivent coordonner l'intégration des soins de santé et des services sociaux et assurer la continuité des ressources professionnelles, organisationnelles et institutionnelles par des projets cliniques. Cette responsabilité incombe maintenant aux CISSS et aux CIUSSS qui ont succédé aux CSSS.

## 3 Méthodologie

### 3.1 Analyse des données qualitatives

Rappelons que l'étude concerne le développement et le maintien d'une prestation de services communautaires et institutionnels dans une perspective de responsabilité populationnelle partagée. Ce partage se fait entre les différents dispensateurs de services en contexte de recrudescence des demandes d'aide alimentaire. Une revue de la littérature a permis de recenser les dimensions et les concepts clés permettant d'examiner l'intégration des soins et des services de santé en RLS.

Nous pouvons résumer les concepts clés de l'intégration, de la coordination et de la continuité des services à l'aide du tableau 1. Ces concepts se retrouvent dans la colonne de gauche, leurs dimensions dans celle du centre et la définition des dimensions dans celle de droite. Les concepts d'intégration et de coordination ainsi que les dimensions s'y rapportant proviennent d'un article rédigé par Contandriopoulos et ses collaborateurs [13]. Le concept de continuité, et ses dimensions, provient d'un article écrit par Reid et ses collaborateurs [42].

TABLEAU 1 – Résumé des concepts liés à l'intégration, à la coordination et à la continuité des services.

Concept	Dimension	Définition
Continuité	Gestionnaire <i>management continuity</i>	Prestation de services adaptés aux besoins individuels et inscrits dans un plan d'intervention pour assurer la cohérence des soins et des services donnés à l'individu dans le besoin.
	Informationnelle	Disponibilité et transférabilité de la globalité des informations individuelles en lien avec les soins reçus et les services utilisés.
	Relationnelle	Relation d'aide et engagement continu de la part du professionnel envers l'individu dans le besoin. La constance du personnel professionnel est de mise. L'investissement du professionnel peut mener à assurer la continuité des soins et des services nécessaire à l'individu dans le besoin.
Coordination	Collective	La prise en charge de l'individu dans le besoin relève de la responsabilité conjointe d'équipes ou d'organismes interdépendants concernés par les décisions communes. Les ressources nécessaires pour soutenir l'individu dans le besoin, une bonne organisation des acteurs professionnels et des ententes formelles sont de mise. C'est le meilleur type de coordination pour les individus à besoins ou à problèmes multiples.
	Réciproque	L'individu dans le besoin coordonne sa prise en charge d'interdépendance professionnelle ou organisationnelle. La reconnaissance du travail de l'autre entre les professionnels est essentielle. Plus l'individu doit coordonner de professionnels ou d'organismes, moins ce type de coordination est efficace.
	Séquentielle	C'est l'individu dans le besoin qui assure la coordination entre les équipes intersectorielles et les organisations. La cohérence de la prise en charge relève des capacités des professionnels et des personnes utilisatrices de services. Elle est insuffisante dans des situations de problèmes multiples.
Processus d'intégration	Fonctionnelle	Conditions qui favorisent une prise en charge globale des besoins et des problèmes dans une perspective de continuité. C'est la mise en place d'une gouvernance commune de prise de décision, de distribution des ressources financières et de partage d'informations dans le réseau. Les organismes peuvent demeurer autonomes et avoir des ententes.
	Équipe	Coordination, stabilité et articulation des équipes intersectorielle pour évaluer et suivre la situation de l'individu.
	Normative	Permet aux équipes intersectorielles engagées dans un projet collectif d'avoir des références communes en termes de représentations et de valeurs dans le but d'établir un espace de coopération efficient.
	Services	Coordination dans le temps des pratiques professionnelles autour de l'ensemble des besoins et des problèmes individuels.
	Systémique	Tous les niveaux dimensionnels de l'intégration doivent être cohérents dans le système de services. Un cadre organisationnel doit être arrimé avec les principes normatifs des acteurs concernés par le projet collectif du territoire.

## 4 Résultats

Ce rapport a pour ambition d'évaluer les dimensions de l'intégration des services dans le RLS de protection sociale et de sécurité alimentaire du Suroît. Cette section dresse un portrait des types de coordination et de continuité que nous retrouvons chez les usagers du SAC et les représentants d'organisme qui ont été interviewés.

## 4.1 Coordination des services

À dessein de décrire le portrait de la coordination des services en RLS, nous nous sommes intéressés aux utilisateurs et aux dispensateurs de services selon les trois formes, à savoir de coordination séquentielle, réciproque et collective, décrites par Contandriopoulos et ses collaborateurs [13].

### 4.1.1 Séquence des services : responsabilité des usagers

Les représentants d'organisme évaluent les besoins des usagers et les réfèrent vers d'autres ressources si leur équipe n'est pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins normés. Les besoins normés sont les besoins perçus et identifiés par un tiers (ici les représentants d'organisme) et pouvant répondre aux besoins d'une personne en fonction des normes et des valeurs de la société. La référence, sans accompagnement professionnel, contraint l'utilisateur à prendre en charge la coordination des services nécessaires à son cheminement. Cette approche n'est pas sans difficulté pour les usagers ayant de multiples problèmes. Comme l'explique ce représentant d'organisme, il existe trois cas de figure, soit de laisser l'utilisateur prendre en charge sa démarche, soit de le faire pour lui, soit de le faire avec lui :

*« On réfère la personne, puis on la laisse appeler pour voir si elle est vraiment motivée à faire cette démarche. Dans le fond, c'est faire avec elle ou la laisser faire ou faire pour elle. Parfois, il faut faire pour elle, sinon elle n'y va pas. » (AOG6)*

Plusieurs représentants d'organisme sont inquiets du faible engagement des intervenants concernant la coordination des services. Selon eux, les programmes offerts sont disjoints et les services sont surutilisés. En fait, il n'y a pas de système commun pour surveiller le cheminement des usagers, ce qui représente une lacune majeure à l'efficacité et à l'efficience de la coordination des services en RLS. Les usagers ayant déménagé dans le secteur d'un autre CSSS doivent redoubler d'effort pour coordonner à la fois le transfert de leurs informations et l'accessibilité aux ressources du nouveau RLS.

### 4.1.2 Réciprocité des services : limites des RLS

Seuls les représentants d'organisme ont fait référence à la coordination réciproque. Ce type de coordination est moins complexe à mettre en place quand il est intraorganisationnel. Dans pareilles circonstances, la participation des usagers à un projet ou à un programme peut favoriser un plus grand engagement des professionnels et stimuler leur intérêt vis-à-vis de ces mêmes usagers. Toutefois, pour que la coordination interorganisationnelle fonctionne, il est préférable que les représentants d'organisme contactent préalablement l'organisme vers lequel il dirige un usager. À cet effet, il est courant que les acteurs organisationnels tels que les représentants d'organisme s'entendent (ex. : ententes d'orientation d'usagers - au sens de « référence » - ou de services) pour faciliter la prise en charge et réduire le temps d'attente. Les propos de ce représentant d'organisme démontrent que le dynamisme organisationnel (ex. : le mandat) place parfois les usagers dans des situations délicates ou des ruptures de services :

*« Ils ne prendront pas quelqu'un qui a des problèmes de toxicomanie et qui a aussi un problème de santé mentale. Et la ressource en santé mentale ne prendra pas quelqu'un en santé mentale toxicomane. L'un va dire : c'est ça ton problème. Va le régler et tu reviendras après. Ah ? Tu refuses de prendre ta médication, j'arrête de te suivre. [...] La personne est laissée à elle-même [...] Un psychiatre m'a dit au téléphone : "Ça fait deux rendez-vous qu'elle manque. Qu'elle se débrouille avec ses affaires..." On essaie à ce moment-là de ne pas dire que c'est un mauvais médecin, mais que peut-être son approche est stricte. » (SOG2)*

Enfin, le dynamisme entre les acteurs du RLS soulève un double obstacle pour les usagers et pour les représentants d'organisme. En effet, les déclarations de ce représentant d'organisme sont éloquentes ; ils témoignent des difficultés relatives à la reconnaissance du travail des intervenants tout en soulignant les limites à l'accessibilité aux services :

*« On travaille avec les gens, on rencontre les gens, on intervient avec ces gens-là, On mérite donc le respect [...]. Le message est bien donné quand ils téléphonent comme ça. Quelle démarche avez-vous faite avec la personne ? Ça ne vous regarde pas, merci. On ne va pas plus loin que ça. Si tu n'es pas prêt à nous expliquer les démarches que tu as faites avec la personne, tu n'auras pas [type de service]. » (AOG5)*

### 4.1.3 Collectif des services : efficace, mais circonscrit

En réseau, les plans d'intervention sont indispensables. D'ailleurs, plusieurs représentants d'organisme sont déterminés à encourager les démarches intersectorielles et à soutenir le cheminement des usagers. Le discours de cet usager illustre la persévérance d'un représentant d'organisme à coordonner les actions des acteurs afin de faciliter l'accessibilité aux services qui sont indispensables au bien-être, tel qu'il est défini par les professionnels :

*« Après ça, elle va pouvoir m'aider psychologiquement. Présentement, elle me dit : "Je ne suis pas un médecin. J'ai beau vouloir t'aider, mais je suis coincée." Je lui ai demandé ce qu'on allait faire. [...] Toute l'équipe s'est rencontrée jeudi passé et ils ont décidé que j'aurais un orthopédiste [...] [Question de l'interviewer : c'est la psychiatre qui a forcé une rencontre d'équipe avec le médecin ?] Probablement qu'il y a des médecins. Je sais qu'il y a des travailleuses sociales, des psychologues. [...] Mon médecin de famille [...] ne fait aucune démarche pour moi. Elle me l'a dit cet été. [...] Ils [les membres de l'équipe interdisciplinaire] m'aident beaucoup. Je suis très contente car j'ai enfin l'aide pour laquelle je me bats depuis trois ans. » (A5)*

Les acteurs du réseau souhaitent vivement avoir des « intervenants pivots » pour soutenir et guider le cheminement des usagers dans le RLS. Le représentant d'organisme précédemment cité insiste sur le fait que les défis en matière de coûts et de temps, conjugués à l'objectif souhaité, se répercutent sur la cohérence des interventions dans le réseau. Le passage suivant décrit la difficulté à mettre en place la coordination des services offerts :

*« [Un intervenant pivot] qui garderait l'historique de tout ce qu'il a accompli et qui pourrait transmettre ça aux ressources au fur et à mesure pour ne pas recommencer, sans compter que ça éviterait peut-être l'abus de certains bénéficiaires, clients, peu importe comment on les appellera [...] Je pense que ça serait gagnant tant pour les ressources que pour les individus qui bénéficient de ces ressources-là. Mais ce n'est pas nécessairement évident à financer et à mettre en place. Il faut s'assurer que tout le monde en bénéficie et fasse partie de la roue, qu'il n'y ait aucune ressource ou personne oubliée, pour que toutes les ressources aient confiance dans la façon dont ça fonctionne. Je pense que ça serait un bel idéal. » (AOG12)*

Enfin, ce représentant d'organisme décrit le CLSC comme l'institution détenant la responsabilité d'assurer la coordination du RLS :

*« Au cours des dernières années, il y a eu des coupures. Ce qui était un service sans rendez-vous est maintenant un service avec rendez-vous. L'accessibilité est réduite et c'est dommage [...] On souhaiterait qu'il y ait une espèce de porte d'entrée plutôt que d'amener des gens à magasiner. Des fois, on reçoit des gens puis on fait oups ! Ce n'est pas la bonne ressource. C'est correct dans le fond que le CLSC joue un petit peu plus ce rôle-là. » (AOG4)*

En dehors de la dimension clinique de l'intervention, peu de représentants d'organisme sont sollicités dans la prise en charge d'individus cumulant de multiples problèmes. Ainsi, ces derniers ont développé différentes stratégies (ex. : participation à des tables de concertation, création de comités) et misent sur les échanges informels pour coordonner les services. C'est notamment le cas de cet intervenant pour qui la confiance et la reconnaissance du travail en RLS sont primordiales pour le bon fonctionnement de l'action collective :

*« Entre organismes, on se parle de certains clients. On va dire : As-tu vu un tel cette semaine ?, puis Ouais, il est pas mal désorganisé. Quelqu'un du groupe des organismes qui est plus en relation avec lui va appeler l'intervenante et l'informer. [...] C'est sûr que ça fonctionne bien si la personne est au centre de notre démarche. Sinon, essayer de justifier ce que l'autre devrait faire, ça ne marche pas. » (AOG2)*

## 4.2 Continuité des services

Afin de mieux comprendre la continuité des services dans le RLS, nous avons exploré l'ensemble des entrevues menées auprès d'usagers d'un service d'aide alimentaire et auprès de représentants d'organisme, selon les trois formes de continuité, soit gestionnaire, informationnelle et relationnelle, telles que décrites par Reid et ses collaborateurs en 2002.

## 4.2.1 Prestation et cohérence des services

En ce qui concerne la continuité de type « gestionnaire », nous avons observé que les usagers ne bénéficient généralement pas d'un rappel ou d'un suivi lorsqu'ils utilisent les services d'une ressource. Les propos tenus par cet usager reflètent ces observations, certains sont proactifs dans leur démarche :

*« Moi, je suis comme Saint Thomas, je ne crois que ce que je vois ! Il faut que j'appelle souvent, puis que je m'informe. » (A12)*

Pour d'autres, le rappel ou le suivi sont des éléments de motivation supplémentaires dans une démarche personnelle :

*« Le rappel aurait montré de l'intérêt. Alors, tu t'encourages, puis tu pousses un petit peu plus pour suivre [...] Tu fais ton effort de ton côté. » (A4)*

De leur côté, les représentants d'organisme font un suivi avec les usagers pour les raisons suivantes : 1) utilisation des services de manière récurrente ; 2) difficultés dans les démarches individuelles ; et 3) usager participant à un programme ou sous la responsabilité légale d'un organisme. Les représentants d'organisme qui ne font pas de suivi considèrent que cette action ne relève pas de leur responsabilité. De surcroît, la majorité des usagers n'ont pas de plan d'intervention et très peu de représentants d'organisme font partie d'une équipe de coordination collective.

Plusieurs modes de prestation de services existent dans le RLS et incitent à la continuité de services : 1) le maintien des liens avec le CLSC ; 2) des intervenants qui contactent l'organisme de référence ; 3) des ententes interorganisationnelles ; 4) des interventions stratégiques et une intensité des actions et du suivi et 5) des milieux organisationnels qui favorisent la multidisciplinarité des équipes. Il est également possible d'adapter les services aux besoins des personnes et de suivre étroitement leur cheminement de façon à permettre le démarchage et le soutien actif.

Ce représentant d'organisme abonde dans le même sens et exprime les bénéfices d'adapter les services aux besoins des usagers :

*« Plus on est capable de cibler les besoins et les spécificités de la personne puis d'offrir un programme qui tient compte de ces spécificités-là, plus on diminue l'attrition et l'abandon. [...] Dans certains cas, ça va être plus payant de fixer des objectifs en lien avec leurs capacités. » (AOG4)*

Pour sa part, cet usager s'exprime sur l'absence de soutien professionnel pour assurer la continuité des services :

*« Je pense qu'il fait juste donner une référence puis c'est toi qui te débrouilles avec ça. » (A3)*

Généralement, les usagers suivis par un professionnel sont soit à risque de suicide, soit surveillés cliniquement pour un problème de santé ou soit sous la responsabilité légale d'un organisme. Ceux ayant été rappelés après avoir demandé un service affirment avoir attendu plusieurs mois. Cet usager a même trouvé une stratégie pour obtenir le service dont il avait besoin :

*« J'ai attendu huit mois avant d'être vu par un psychiatre ici, alors qu'en allant à l'urgence, j'ai pu rencontrer un autre psychiatre. J'étais supposée de voir la première psychiatre trois mois après mon arrivée ici. Après cinq mois, je me suis fait dire qu'elle ne pourrait pas me recevoir parce qu'elle déménageait à Montréal. Ensuite, j'ai attendu encore trois mois. Ça a pris au moins huit mois pour voir un psychiatre en externe. » (A7)*

Outre le sous-financement organisationnel, l'accessibilité aux services constitue une difficulté pour le RLS, particulièrement dans le cas des services spécialisés tels que la psychiatrie. Les contraintes, tels que les règlements et le surquestionnement, occasionnent un inconfort pour des usagers qui souhaitent avoir recours aux services spécialisés. Une autre limite se rapporte aux capacités et aux habiletés en communication des usagers :

*« Ce n'est peut-être pas si facile que ça de téléphoner pour faire une demande. Ce ne sont pas tous les clients qui ont un téléphone, qui peuvent appeler et prendre un rendez-vous parce qu'ils doivent passer par l'accueil centralisé, qui n'est pas ici. On prend quand même les demandes s'ils se déplacent pour venir ici. Le processus pour prendre le premier rendez-vous est assez difficile et, des fois, on les perd. [...] On les perd souvent quand ils tombent sur un répondeur ou qu'ils obtiennent un rendez-vous téléphonique. Ça devient compliqué lorsque l'usager manque son rendez-vous téléphonique. » (SOG6)*

Un autre usager souligne l'obstacle supplémentaire que représentent les listes d'attente :

*« Ils m'ont rappelé quasiment un an après pour me donner un rendez-vous avec un psy. C'est ridicule. »*  
(S10)

Comprendre le vécu des usagers constitue le point de départ permettant de faciliter les démarches des professionnels du réseau. À titre d'exemple, la flexibilité des horaires de services est grandement appréciée par les usagers. Cependant, le temps d'attente entre une demande de service et le premier rendez-vous contribue à rompre la continuité des services, comme l'indiquent chacun à sa façon ces deux représentants d'organisme :

*« Les délais sont énormes et les besoins à n'en plus finir. Quand un jeune toxico est d'accord pour aller en thérapie en cure fermée, il ne faut pas le faire attendre deux mois et demi parce qu'il y a des chances qu'il ne soit plus d'accord à ce moment-là. On doit battre le fer pendant qu'il est chaud. »* (AOG12)

*« Il y a des gens qui font des demandes de service, mais qui se rendront pas au bout du processus parce que l'attente aura peut-être été trop longue pour eux. Ils auront amorcé une demande de service à l'accueil, mais ils ne recevront pas le service par la suite. »* (SOG9)

#### 4.2.2 Disponibilité et transférabilité des informations

En matière de continuité « informationnelle », nous constatons que plusieurs usagers affirment devoir répéter leurs informations à chaque fois qu'ils sollicitent les services d'un nouvel organisme. Les informations sont d'ordre général, bien que chaque organisme demande des précisions sur le problème en lien avec la consultation. Les propos de cet usager sont éloquentes à ce sujet :

*« Je répète exactement la même affaire. On dirait que je passe pour qu'ils vérifient si je dis la vérité partout. C'est de même que je le vois [rire]. »* (A2)

La disponibilité et la transférabilité des informations individuelles soulèvent de réels enjeux dans la continuité des services. La loi québécoise sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels limite les professionnels dans leurs interventions, ce qui peut freiner les usagers dans leur cheminement personnel. Cette loi stipule que les informations individuelles ne peuvent être transmises que si l'utilisateur a donné son autorisation ou si les professionnels jugent que l'utilisateur constitue une menace pour sa propre vie. Habituellement, les représentants d'organisme demandent l'autorisation des usagers avant de transmettre leurs informations. Néanmoins, des représentants d'organisme surmontent cette limite d'intervention en réseau de manière informelle. Ils réalisent des démarches supplémentaires auprès de leurs homologues :

*« Il y a toujours la question de l'éthique. La transmission d'information, on peut la faire, mais c'est "touchy". Nous, on l'a fait dans l'informel parce que ça devient dérangeant ou plus dangereux dans le trop formel. Il y a des gens qui se lancent facilement dans les poursuites. C'est à la mode. »* (AOG2)

En revanche, le discours de ce représentant d'organisme traduit des tensions entre les intervenants qui ne remplissent pas leurs responsabilités professionnelles :

*« Ça peut être du dumping comme ça [...] Moi je l'ai ici, on lui a dit que ça faisait deux trois fois qu'on lui en donnait, un moment donné il y a une prise en charge. Qu'est-ce qu'elle a fait ? A-t-elle fait ses démarches ? Peux-tu me dire qu'elle a fait ses démarches ? Si tu me dis qu'elle ne fait pas ses démarches, ce n'est pas vrai que tu vas m'appeler comme ça et me dire de lui donner [...] Je m'attends à ce que la prochaine fois que tu m'appelles, tu sois capable de dresser un portrait de cette personne-là avec des démarches qu'on lui a demandé de faire. [...] Quelle démarche vous avez fait avec la personne ? Ça ne vous regarde pas, merci. On ne va pas plus loin que ça. Si tu n'es pas prêt à nous expliquer les démarches que tu as fait avec la personne, tu n'auras pas [nom du service]. »* (AOG5)

Les relations interpersonnelles entre les usagers peuvent faciliter l'obtention d'un service, bien que la philosophie et l'approche de l'intervenant soient prépondérantes dans ce processus. Le transfert d'informations formelles ou informelles évite à l'utilisateur de se répéter auprès des professionnels et permet à ces derniers d'arrimer leurs interventions.

### 4.2.3 Relation entre représentants d'organisme et usagers

Concernant la continuité « relationnelle », nous avons constaté différentes interventions de la part des intervenants communautaires et institutionnels. Au total, nous distinguons six formes d'expérience que les usagers vivent auprès de leur intervenant : 1) l'encouragement à utiliser des services en fonction des besoins normés, tels qu'ils sont définis par les professionnels ; 2) la réduction du temps d'attente entre deux rencontres ; 3) la possibilité d'un accès privilégié à un service ; 4) la conduite à un rendez-vous ; 5) l'amélioration du transfert d'informations entre les ressources ; et 6) la présence d'un soutien émotionnel. En revanche, l'expérience des usagers de la relation d'aide professionnelle présente un inconvénient, notamment avec les médecins qui semblent être moins empathique et à l'écoute.

En ce qui a trait à l'utilisation des services en fonction de besoins normés, le constat d'impuissance de cet utilisateur de services en santé mentale est frappant :

*« Je suis restée encore huit ou neuf mois tout en sachant que cette médication-là ne me convenait pas. Des fois, en tant qu'usager, on se sent un peu à la remorque de ces gens-là, qui savent et qui sous-entendent : je sais mieux que toi, tu es en dépression, c'est absolument ça que ça prend. » (A7)*

Plusieurs représentants d'organisme ont précisé que l'investissement des professionnels dans leur intervention permet non seulement de soutenir les usagers qui bénéficient des services, mais également de défendre des usagers exclus pour qu'ils aient accès aux services auxquels ils ont droit :

*« Des fois, on a à faire de la revendication parce que c'est des gens sans voix. On va être un peu le porte-voix quand on juge qu'ils n'ont pas eu un service adéquat, quand on juge qu'ils ont eu un traitement différent à cause des préjugés, à cause d'un historique, ou qu'on n'est pas d'accord. On va aller chercher les explications. On reste dans la politesse, on reste dans le professionnel, mais on va aller chercher le pourquoi du comment. » (AOG1)*

La mobilité des intervenants peut inciter les usagers à découvrir de nouvelles ressources et à « suivre » un intervenant qui change de lieu de travail. Cependant, les absences et les congés des intervenants réguliers ébranlent la continuité des actions entreprises auprès des usagers, et ce, notamment en situation de crise ou lorsque le remplaçant ne s'engage pas avec la même intensité auprès de l'usager. Pour ces raisons, il apparaît important pour les usagers de poursuivre leur cheminement avec le même intervenant tout au long du processus :

*« C'est parce que je suis avec elle depuis trois ans et demi que je m'assoie avec, que je raconte mes histoires pour les régler. La dernière fois, j'avais eu un autre papier du médecin pour aller consulter. Il voulait que j'aille voir quelqu'un d'autre. J'ai dit : non, je ne recommencerais pas tout de A à Z. Je suis rendu à un certain point avec elle. Elle sait où moi je suis rendu et ce dont j'ai besoin. Ça a réglé l'histoire. » (A12)*

Prendre le temps nécessaire de développer un lien de confiance dans une relation usager-intervenant est primordial, et cela, particulièrement avec les usagers ayant de multiples problèmes. Les compétences et la synergie des équipes sont essentielles, comme l'affirme ce représentant d'organisme :

*« Il faut leur donner du temps. Quand on ne peut pas faire ça, c'est parce que la personne ne s'en donne pas, du temps. Ils ont tellement d'affaires à régler qu'on est huit en réunion d'équipe à essayer de trouver par quoi commencer. Peux-tu t'imaginer comment se sent la personne elle-même ? Son bateau est en train de couler. » (SOG2)*

Les usagers insatisfaits d'un intervenant vont poursuivre leurs recherches dans le RLS afin de rencontrer un intervenant capable de leur apporter le soutien souhaité. La qualité de la relation d'aide de l'intervenant représente pour l'usager un facteur important dans l'accès et la continuité des services.

*« On souhaite du financement pour les médicaments. On a composé une lettre pour essayer d'avoir de l'aide du député, mais c'est très compliqué. [...] Mon intervenante ne veut pas lâcher. Elle dit : "on va persévérer". » (S12)*

Dans le cadre de leur fonction, certains intervenants vont outrepasser les limites relatives à l'exercice de leur profession afin de soutenir les usagers avec lesquels une véritable relation de confiance s'est établie. La relation d'aide est facilitée

lorsque les intervenants ont la latitude nécessaire pour réaliser leurs actions professionnelles (ex. : utiliser son véhicule personnel pour le déplacement des usagers). De surcroît, des professionnels affirment parfois devoir personnellement assumer les coûts liés à la prise en charge des usagers (ex. : la médication). La finalité de ces actions est de cultiver un sentiment de confiance chez les usagers afin qu'ils acceptent l'aide offerte et s'engagent dans leur cheminement.

Somme toute, l'important roulement de personnel déstabilise la relation d'aide dans le RLS. Selon les représentants d'organisme, la stabilité en emploi des intervenants procure non seulement un sentiment de sécurité chez les usagers, mais également entre les professionnels. Il en est de même pour les gestionnaires qui influent sur la dynamique intra et interorganisationnelle.

### 4.3 Évaluation des niveaux d'intégration des services

Nous avons précédemment décrit les pratiques de coordination et de continuité des services vécus par des usagers du SAC et des représentants d'organisme. À présent, nous évaluerons les dimensions de l'intégration des services telles que proposées par Contandriopoulos et ses collaborateurs [13].

#### 4.3.1 Coordination des équipes et des services

Explorer la coordination et la continuité des services en contexte de relation d'aide professionnelle nous a permis de constater la perméabilité de la frontière entre l'intervention en « silo » et l'intervention en « réseau ». L'intégration des équipes réfère à la coordination de l'évaluation et du suivi des usagers par des professionnels provenant de différents secteurs d'activités. Dans ce contexte, les pratiques individuelles et organisationnelles devraient normalement être stables et arrimées à celles des autres acteurs du RLS.

La faible rétention du personnel affecte la continuité de l'intervention de « face-à-face » et l'efficacité de l'intervention en réseau. La multidisciplinarité d'une équipe dans un organisme facilite la coordination des actions et le suivi des usagers. À l'inverse, la complexité des interventions s'accroît lorsque la collaboration concerne des acteurs de différents organismes et secteurs d'activités. Dans ces circonstances, la diversité organisationnelle d'un territoire et sa taille sont des facteurs devant être pris en considération par les professionnels. Effectivement, ils sont appelés à investiguer davantage dans leur milieu et à demeurer sensibles aux actions qui sont réalisées en dehors de leur organisme. Rappelons que les facteurs qui déterminent la volonté des organismes à développer un réseau sont d'ordre organisationnel, programmatique et environnemental [19]. Le défi consiste à stabiliser les acteurs dans le cadre de la relation d'aide, des relations interprofessionnelles et de la connaissance des services du milieu. Les compétences des acteurs et les activités de réseautage aident à pallier l'instabilité de l'intervention en réseau.

Le réseau est mis en place pour coordonner les activités et ainsi offrir un continuum de soins et de services sociaux. Néanmoins, nous observons que l'organisation et la coordination des services sont marquées à la fois par la pluralité des « façons de faire » et des problématiques. L'hétéroclisme des services occasionne une difficulté supplémentaire pour les usagers. Ils doivent s'orienter dans leur milieu afin de trouver les ressources qui pourront répondre à leurs besoins. La surfragmentation des expertises et des services ne fait qu'exacerber la difficulté de fusionner les pratiques de manière cohérente. Les professionnels font rarement appel à un plan d'intervention pour coordonner leurs actions et leurs interventions. Cette situation encourage parfois les usagers à agir seuls.

Les pratiques des professionnels sont fondées par rapport aux usagers et aux acteurs du réseau. Dépendamment des ressources fréquentées, les usagers expérimentent différentes modalités d'accompagnement. L'engagement « personnalisé » des professionnels dans l'intervention auprès des usagers et dans le milieu renforce son efficacité et influe sur la trajectoire que prendra l'épisode de services. Privilégier un plan d'intervention et une concertation dans les projets collectifs sont pertinents lorsque les acteurs partagent des intérêts mutuels. Dans un plan d'intervention, c'est la complémentarité des expertises qui est recherchée. Actuellement, les plans d'intervention qui regroupent divers acteurs du milieu sont peu courants. Notons que plusieurs acteurs ne connaissent pas ce mode de fonctionnement.

Lors de la concertation, c'est la coordination des actions en réseau et la coopération des acteurs dans un projet collectif qui sont sollicitées. Cependant, le caractère procédural de la concertation thématique a tendance à épuiser les acteurs locaux. Certains préfèrent même se retirer de l'action collective pour se concentrer sur leur mission initiale. En effet, la concertation thématique suppose que les actions sont encadrées par un acteur qui en a la charge. Les actions suivent alors un modèle prédéterminé et qui peut être contraignant, d'où l'épuisement de certains acteurs. À l'inverse, la concertation territoriale favorise l'engagement des acteurs locaux dans une coconstruction des priorités et des modalités de l'action collective. Tel qu'indiqué dans le rapport 4 portant sur les pratiques de collaboration,

Bourque [8] distingue deux formes de concertation. La concertation thématique, qu'il définit comme étant procédurale, et la concertation territoriale, qui mise davantage sur la coconstruction des modalités de l'action.

Un projet collectif fait référence au partage de l'information et à la participation aux activités de concertation. Il englobe les dimensions sociales telles que les relations et la notoriété, ainsi que les dimensions fondamentales des organismes, à savoir la mission et la philosophie d'intervention. Actuellement, la coordination n'est pas suffisamment présente au plan interorganisationnel et affecte la continuité des services. Ainsi, l'incohérence des services et l'insatisfaction des usagers à leur égard contribuent à accroître le recours aux urgences des hôpitaux. La complémentarité des expertises soulève un réel défi dans les interventions en réseau et dans les projets collectifs et territoriaux.

L'intégration des services permet la coordination des pratiques professionnelles pour répondre aux besoins des usagers. Tel que cela a été soulevé dans le deuxième rapport portant sur l'expérience de recherche d'aide et les besoins des usagers du SAC, il existe un écart entre la perception des professionnels et celle des usagers quant aux besoins de ces derniers. Cette situation complique la coordination et la continuité des services, pouvant même les rendre inefficaces. Par ailleurs, la continuité ne peut être optimale car les usagers ne bénéficient pas d'un suivi systématique et leurs dossiers et informations ne s'inscrivent pas dans un plan d'intervention collectif. Dès lors, le défi est de développer les compétences professionnelles dans l'intervention de « face-à-face » et de connaître les ressources du milieu.

Actuellement, l'absence d'une plateforme commune freine le transfert de l'information, crée des délais et de l'incohérence dans la prestation des services. En conséquence, l'évaluation globale des besoins et la collaboration entre les acteurs sont compromises. Parmi les défis, il apparaît important de développer un mode d'intervention commun qui soit valorisé par l'ensemble des acteurs. Il s'agit également de mettre en œuvre des mécanismes permettant de rompre avec les actions « en silo », en faveur d'actions propices à la stabilité et à la sensibilisation.

À cela s'ajoute le défi de la complémentarité des compétences dans l'élaboration des plans d'intervention. La finalité est de migrer d'une concertation thématique vers une réflexion qui encadrerait l'ensemble des problèmes locaux. L'intervention en réseau doit être consolidée dans un cadre spatiotemporel afin de favoriser des actions conjointes portant sur la globalité des besoins des usagers.

### 4.3.2 Intégrations de normes et de références communes

L'esprit de collaboration dans un projet collectif nécessite l'arrimage des normes entre les acteurs des différents secteurs d'activités. Il est demandé aux acteurs de coconstruire des références communes afin de favoriser la coopération. Notre recherche a permis d'aborder l'intégration normative sous les aspects de la relation d'aide avec les usagers et des formes de relation entre les acteurs du réseau.

De manière générale, les usagers font face aux vicissitudes du système, c'est-à-dire aux changements complexes et imprévisibles sur lesquels ils ont un faible pouvoir. En explorant la notion de besoin social, nous avons mis en perspective des écarts importants entre les besoins (ressentis et exprimés) d'usagers d'un service d'aide alimentaire et les besoins identifiés (normés) par les professionnels.

Tel que mentionné précédemment, la personnalisation de la relation d'aide encourage le processus d'autonomisation et la satisfaction des usagers. Le réseau offre une meilleure réponse aux besoins des usagers lorsque l'identification de ceux-ci est relative à leur expérience et à leur vécu. Malgré tout, la reconnaissance et la légitimité de ces besoins sont tributaires de l'évaluation des professionnels et intrinsèquement de leurs compétences. Soulignons que l'accessibilité aux services s'accroît lorsque les besoins exprimés par les usagers correspondent aux besoins normés par les professionnels. Inversement, l'accessibilité décroît lorsque les besoins exprimés par les usagers s'opposent aux besoins normés par les professionnels, une situation pouvant contribuer à l'isolement que vivent certains usagers dans leur recherche d'aide. Ainsi, l'écart observé sous-entend une inadéquation entre les services dispensés par les acteurs du RLS et ceux attendus par les usagers.

Il est ainsi légitime de se questionner : comment est-il possible de répondre globalement aux besoins d'une population lorsque l'identification des besoins et l'organisation des services ne correspondent pas au « vécu » des individus ? Le défi consiste à faire correspondre les ressources disponibles et les besoins de la population. Cependant, la mise en œuvre de telles politiques sociales peut ne pas être en adéquation avec les compétences des acteurs et nécessiter un travail préalable.

Au-delà de la compréhension des besoins dans la relation d'aide, nous attendons des professionnels qu'ils traduisent et articulent à la fois les politiques sociales et les intérêts des acteurs du réseau. Cet exercice est complexe en raison d'une pluralité de normes subjectives insérées dans des références communes. Politiser l'intervention en réseau a suscité

de la résistance, mais également une incompréhensibilité des actions collectives. En dépit d'un consensus quant à l'accroissement du nombre des usagers aux prises avec des problèmes multiples et la nécessité d'agir collectivement, les acteurs tardent à adopter une approche et une philosophie d'intervention commune.

En analysant les discours des acteurs, nous avons soulevé une distorsion des systèmes de références liées aux politiques sociales des dernières années. Cette distorsion concerne à la fois le développement social et le développement de la communauté, ainsi que l'autonomie et l'interdépendance des organismes. Des tensions sont palpables entre les acteurs lorsqu'il y a un manque de cohérence concernant les référents et la terminologie. Ainsi, au lieu de consolider l'action collective, l'interprétation subjective des systèmes de référence contribue à dissocier les intérêts individuels, organisationnels et collectifs. Dans un contexte de coconstruction des pratiques collectives et de coproduction des services, l'efficacité de l'action collective est considérablement affectée par l'arrimage difficile des systèmes de référence et l'adhésion à une vision commune.

Les professionnels interviennent dans un cadre relationnel complexe. En effet, la manière dont ils interagissent façonne la notoriété de leur organisme respectif dans le réseau et son positionnement. Le manque de reconnaissance interprofessionnelle et l'appréciation tendancieuse des formes d'expertise tendent à hiérarchiser les savoirs et à altérer la reconnaissance des compétences, si bien que des tensions sont susceptibles d'émerger. À cet égard, il serait judicieux d'investir dans la formation continue pour renforcer la dimension professionnelle de l'intervention en réseau et favoriser la complémentarité des diverses formes d'expertise.

Enfin, le développement d'un sentiment d'appartenance à la communauté et la construction d'une identité collective sur le territoire contribuent à harmoniser les visions. Les acteurs locaux sont donc appelés à développer leur capacité à se territorialiser afin de favoriser leur pouvoir d'action sur les réalités locales. En ce sens, les espaces de concertation sont des lieux privilégiés de socialisation et de mobilisation interprofessionnelles favorisant la coopération. Tel que discuté dans le quatrième rapport, la concertation territoriale, à la différence de la concertation thématique, permet une action conjointe territorialisée en s'appuyant sur une vision commune. Ainsi, il apparaît intéressant de classifier les discours individuels, organisationnels et collectifs et d'en préciser la signification à l'image des formes d'expertises afin de faciliter la collaboration interorganisationnelle et la concertation intersectorielle. Le défi demeure le positionnement des acteurs à l'égard de leurs homologues et de la politique sociale en vigueur.

### 4.3.3 Prise en charge globale dans une perspective de continuité des services

L'intégration fonctionnelle réfère aux conditions qui favorisent la prise en charge continue de la globalité des besoins. Les ententes partenariales entre des organismes autonomes permettent de consolider la gouvernance autour des prises de décision, de la distribution des ressources financières et du partage de l'information à l'intérieur des réseaux. La réforme du système de santé a mis de l'avant l'interdépendance de l'ensemble des organismes sur un territoire. Face au changement structurel de l'action collective, les acteurs communautaires doivent faire un arbitrage entre préserver leur autonomie et intervenir auprès de la population en se définissant par rapport aux autres organismes. Transférer une approche clinique d'interdépendance dans un espace social soulève certaines incompréhensions et controverses.

Auparavant, les organismes communautaires jouissaient d'une autonomie quant au choix de leur mission. Or, l'introduction de la réforme a politisé les relations interprofessionnelles, contribuant ainsi à leur détermination sous l'imposition d'une politique sociale ou sous la contrainte des bailleurs de fonds. De fait, la mise en réseau est souvent forcée. L'organisme pratiquant cette mise en réseau garde ses partenaires à distance et rejette leur expertise [4]. Le terme *tokenistic* décrit parfaitement cette réalité. Selon le dictionnaire en ligne Collins, « si vous qualifiez une action de *tokenisme*, vous la désapprouvez parce que vous pensez qu'elle est juste faite pour avoir un effet, afin de montrer une intention particulière ou d'impressionner un type particulier de personne ». Par ailleurs, cette situation illustre les distinctions entre le territoire vécu et le territoire administratif. En contexte de responsabilité populationnelle, l'indépendance des actions est fondamentale. Néanmoins, à l'heure actuelle, la configuration des actions conjointes ne se réalise pas dans une perspective de coordination et de continuité des services. Le défi consiste à déterminer les représentations et les valeurs des relations d'interdépendances.

Les ententes partenariales visent à favoriser la complémentarité des services entre les organismes communautaires et les autres acteurs du territoire. Dans le RLS, les ententes ont pour fonction de favoriser l'accès à des services et à gérer la complexité de l'intervention en réseau. Dépendamment des ententes, la pérennité est compliquée à assurer. Les professionnels reconnaissent le bénéfice des ententes partenariales pour les usagers. Cependant, elles peuvent occasionner une charge de travail supplémentaire (ex : entretien des relations). Les défis consistent à réduire la charge professionnelle de l'intervention en réseau et à cultiver un lien d'appartenance au territoire afin d'encourager les acteurs à définir collectivement leurs interventions.

La structure relationnelle du RLS démontre que le pouvoir et le contrôle sont diffus dans les organismes et affecte la gouverne commune. Le difficile partage des ressources organisationnelles tout comme le manque de connaissance des services et des ressources locales peuvent rendre les acteurs réticents à la collaboration. En dépit de la maturité du réseau en ce qui concerne la confiance, d'autres aspects indiquent l'impossible consolidation de la prise de décision commune. À titre d'exemple, les acteurs communautaires sont constamment à la recherche de financement pour assurer la survie de leurs services. Les efforts déployés en ce sens n'incitent pas au partage des ressources.

La connaissance réciproque des organismes et de leur mission respective est bien réel. Cependant, comme le réseau est décentralisé, c'est-à-dire que la structure du pouvoir et du contrôle est dispersée, la diffusion de l'information est inévitablement affectée. Conséquemment, les acteurs qui s'investissent dans les rôles d'agents de changement et dans la diffusion de l'information déploient des efforts considérables pour rejoindre tous les acteurs et pour faire valoir les initiatives. Il demeure toutefois ardu de se prononcer sur le partage du leadership dans le réseau. Notons que le CSSS n'agit pas comme un acteur central en matière de sécurité alimentaire.

Le partage des ressources humaines, matérielles ou financières implique que davantage d'acteurs fassent le pont entre les organismes. Bien que les interventions en réseau soient propices à la collaboration grâce à la notoriété, à la fréquence des relations et à la proximité, nous constatons que les « personnalités » peuvent perturber les relations de confiance. De surcroît, la complexité des interventions en réseau pénalise l'accès aux services des usagers non motorisés. Le défi consiste alors à créer une plateforme de gestion commune pour la prise de décision, la distribution des ressources et le partage de l'information.

#### 4.3.4 Arrimage du cadre organisationnel aux principes normatifs des acteurs sur un même territoire

Les réalités locales du système de services québécois sont plurielles. Le territoire du CSSS du Suroît, et plus particulièrement celui de Salaberry-de-Valleyfield, souhaite intégrer de manière cohérente les dimensions liées à l'intégration, à la coordination et à la continuité des services en s'appuyant sur la priorité d'action nationale autour de la sécurité alimentaire. À cette fin, le cadre organisationnel doit s'arrimer aux principes normatifs des acteurs engagés dans le projet collectif local, d'où la nécessité pour les acteurs d'atteindre des objectifs de coopération.

Le système de santé et de services sociaux a pour mandat d'assumer la responsabilité populationnelle sur l'ensemble des territoires de CSSS et d'intégrer les services de première, deuxième et troisième lignes. Sur le territoire du Suroît, les acteurs du CSSS affirment assurer « l'organisation, la coordination et la prestation des services, afin de faciliter le cheminement des personnes dans le réseau et leur accès à des services continus, sécuritaires et de qualité » [14]. Cette vision s'arrime à celle du système de santé de manière générale et indique que la politique est intégrée à la réflexion des acteurs du CSSS. Toutefois, l'évaluation des autres dimensions de l'intégration des services montre des lacunes et des défis dans l'actualisation de la réforme et son opérationnalisation par des actions concrètes sur le territoire. Dès lors, le défi consiste à harmoniser les pratiques autonomes à la façon dont le CSSS anime et mobilise le RLS.

## 5 Discussion

Cette section résume les résultats ainsi que les principaux constats qui ressortent de l'étude.

### 5.1 Sommaire des résultats

Dans un premier temps, nous avons mis en lumière la coordination et la continuité des services telles qu'exposées par les deux groupes de participants. Par la suite, nous avons dressé un portrait de l'intégration des services dans le RLS en mettant en perspective les connaissances présentées dans les rapports précédents.

L'examen de la coordination des services, telle que rapportée par les usagers et les professionnels démontre que les coordinations séquentielle, réciproque et collective sont présentes dans le RLS mais à des degrés divers. La coordination est séquentielle lorsqu'il revient à l'utilisateur de relier de manière cohérente les services pour lesquels il est référé. La coordination est dite *réciproque* quand un intervenant s'engage avec plus d'intensité auprès d'un usager inscrit à un programme de son organisme ou lorsque l'organisme est légalement responsable de l'utilisateur. Un tel engagement facilite le processus de prise en charge, tant pour l'utilisateur que pour l'intervenant du RLS. L'action interprofessionnelle dépend des enjeux et des dynamiques dans le réseau. Enfin, l'utilisateur bénéficie rarement de la coordination collective car elle est peu pratiquée par les professionnels. Les problématiques multiples auxquels est

confronté un usager donnent parfois lieu à des prises de décision collectives durant des réunions d'équipe autour de ses besoins.

La continuité des services se présente sous trois formes, à savoir la continuité d'approche, informationnelle et relationnelle. La majorité des usagers rapportent ne pas être rappelés ou suivis après avoir fréquenté un organisme. Ils ont le sentiment d'être « laissés à eux-mêmes » lorsqu'ils sont référés vers d'autres services. De plus, le temps d'attente et l'absence d'un soutien professionnel adéquat affectent la motivation des personnes à poursuivre des démarches personnelles. Les usagers apprécient que l'utilisation des services soit adaptée à leurs disponibilités. Ainsi, une fois que les difficultés relatives à un plan d'intervention collectif sont surmontées, les usagers bénéficient des avantages de la continuité d'approche, ce qui se traduit par des interventions centralisées et planifiées.

À de rares exceptions, les usagers doivent répéter leurs informations personnelles et leurs besoins auprès de chacune des ressources fréquentées. Cependant, le fait d'être référé par une connaissance personnelle qui utilise les services souhaités permet, parfois, d'alléger leur tâche de transfert d'information. Somme toute, la continuité relationnelle se vit différemment selon les usagers. Par ailleurs, les intervenants se distinguent par la façon dont ils s'engagent dans la relation d'aide. Les usagers font face à des « portes de services » qui s'ouvrent ou se ferment. En l'absence d'une écoute attentive, l'usager est parfois mené à « magasiner » des professionnels. La relation d'aide peut aisément se fragiliser si le professionnel se désinvestit ou s'il change de milieu de travail.

Concernant les professionnels, la continuité d'approche fait référence à la fragmentation des services entre les organismes. Soulignons que le détachement de certains organismes par rapport aux usagers et au réseau aggrave le manque de cohérence dans le RLS. La continuité informationnelle est freinée par la loi sur la protection des renseignements personnels et l'accès aux documents des organismes publics. Néanmoins, certains professionnels vont recueillir de l'information auprès de leurs collègues de manière informelle. Au final, la relation d'aide est polymorphe : certains professionnels accorderont davantage d'attention à l'intervention afin de soutenir les usagers dans une perspective de stabilisation des relations interorganisationnelles dans le RLS.

Évaluer les dimensions de l'intégration des services dans le RLS autour de la sécurité alimentaire à Salaberry-de-Valleyfield a mis en lumière trois enjeux et 12 défis majeurs (un même défi peut se retrouver dans plus d'un enjeu). Globalement, les niveaux d'intégration sont transcendés par trois enjeux : 1) les visions de ce qui doit être fait et les façons de le réaliser collectivement ; 2) les relations formelles et informelles entre les acteurs du réseau ; et 3) les ressources disponibles.

#### Enjeu I : Visions communes

1. Repositionner les actions du CSSS dans les RLS ;
2. Repositionner les acteurs à l'égard de leurs homologues et de la politique sociale en vigueur ;
3. Harmoniser les représentations et les valeurs des pratiques autonomes dans un contexte d'interdépendances ;
4. Créer un sentiment d'appartenance au territoire, encourager les acteurs à se définir collectivement et à favoriser la concertation territoriale qui rejoint l'ensemble des problèmes locaux et des intérêts.

#### Enjeu II : Relations interprofessionnelles

1. Coordonner collectivement les trajectoires de services des usagers à l'aide d'un plan d'intervention et maintenir cette forme de coordination dans le temps ;
2. Assurer la complémentarité et la reconnaissance de toutes les expertises dans l'intervention en réseau et dans les projets collectifs ;
3. Développer des mécanismes pour alléger la « charge professionnelle » de l'intervention en réseau ;
4. Créer une plateforme de gestion commune (prise de décision, distribution des ressources et du partage d'information).

#### Enjeu III : Ressources disponibles

1. Stabiliser les acteurs professionnels en poste pour renforcer la relation d'aide, les relations interprofessionnelles et la connaissance des services spécifiques du milieu ;
2. Développer les compétences professionnelles pour que les acteurs puissent évaluer les besoins des usagers dans leur globalité et sachent où les orienter ;
3. Faire correspondre de manière cohérente les ressources disponibles aux besoins des usagers et de la population ;

4. Assurer un financement adéquat aux organismes communautaires pour qu'ils puissent assurer leurs services de base et avoir le temps de s'insérer dans une logique d'interventions en réseau.

## 5.2 Quelques constats

L'intégration des services de santé et des services sociaux constitue un enjeu à l'échelle mondiale depuis de nombreuses années [26]. La réforme du système de santé et de services sociaux au Québec n'est donc pas une innovation [38] [39]. C'est ainsi que dans tous les territoires de CSSS, un réseau intégré de services est préconisé. Un réseau intégré de services est considéré comme un ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services coordonnés.

Originellement, le CSSS du Suroît [14] a implanté quatre RLS : 1) le réseau famille, services généraux, développement des communautés ; 2) le réseau santé physique ; 3) le réseau personnes en perte d'autonomie ; et 4) le réseau en santé mentale. Le comité de sécurité alimentaire de Beauharnois-Sallaberry s'inscrit dans le premier réseau et se compose de membres provenant d'organismes communautaires, de représentants de la Ville de Salaberry-de-Valleyfield, de la CDC de Beauharnois-Salaberry et du CSSS du Suroît. Soulignons qu'un seul comité a été formé autour de la sécurité alimentaire et que la sécurité alimentaire constituait une priorité d'action au niveau régional et national.

Nous avons examiné les orientations de la réforme de 2003 dans le but de vérifier si elles ont été suivies en ce qui concerne l'intégration des services dans le réseau autour de la sécurité alimentaire à Salaberry-de-Valleyfield. Telle que déployée sur les territoires de CSSS, la réforme prônait le principe de responsabilité populationnelle à travers des ententes partenariales et l'interdépendance des services. En fait, son opérationnalisation se réalise difficilement. Autrement dit, la philosophie qui sous-tend l'intégration des services et son mode de fonctionnement – qui est plus ou moins imposé – n'atteint pas sa mise en œuvre complète en raison de plusieurs enjeux et défis. Parmi eux, nous pouvons citer : 1) l'unification de visions hétéroclites ; 2) des acteurs ayant des représentations et des attentes parfois concurrentielles ; 3) des tensions identitaires et un problème de communication ; 4) l'absence d'un leadership fort ; et 5) l'absence d'une identité commune en lien avec le territoire administratif. Cela a pour effet d'accentuer la difficulté de mettre en œuvre un projet autour d'une problématique commune, mais aussi d'asseoir la dimension nationale dans le mandat du système de santé et de services sociaux. En ce sens, des études postulent que l'absence d'un leadership fort affecte négativement l'adhésion des professionnels au réseau et contribue à un important roulement de personnel, notamment en contexte de changements fréquents [33]. Conséquemment, les acteurs ont une interprétation différente de ce qui doit être fait et des ressources qui doivent y être allouées.

Les relations interprofessionnelles se formulent et s'expriment en référence « aux normes et aux valeurs sociales qui gouvernent l'interaction des individus dans une société et dans un contexte particulier. Dans le cas du système de santé, elle concerne les relations psychologiques et sociales qui existent entre les pourvoyeurs de soins et de services et les bénéficiaires » (p. 96) [12]. Nous remarquons que les relations, à l'image du vocabulaire employé, occasionnent d'importantes confusions dans les interventions en réseau. Il est dès lors difficile d'assurer la complémentarité des services lorsque les savoirs des « experts » et des professionnels sur le terrain sont formellement et « fictivement » hiérarchisés. Or, l'intervention en réseau est tributaire d'une restitution et d'une reconnaissance des différents types de savoir. La confiance entre les acteurs facilite également la coordination des actions. Par ailleurs, l'intérêt que les acteurs développent pour les projets contribue à l'appréciation des effets dans les pratiques en réseau [43]. Enfin, les enjeux et les défis de l'intégration des services reposent davantage sur l'ordre relationnel plutôt que structurel [23].

L'intervention politique menée à l'aube des années 2000 a transformé les relations et les positions sociales des acteurs en ce qui a trait à leur interdépendance et à leur participation citoyenne. Cette transformation a entraîné une complexification de la gestion des relations interprofessionnelles qui limite l'action des acteurs et entrave l'intégration des citoyens dans un processus d'organisation de services cohérents et efficaces.

L'urgence dans la relation d'aide jumelée aux compressions budgétaires n'incite pas les acteurs à travailler en interdépendance puisqu'ils sont constamment à la recherche de financement pour réaliser leurs activités et assurer leur survie. La réticence au partage des ressources, la compétition et le repli de ces derniers contribuent au désengagement dans l'action collective et à une modeste participation aux concertations. Concrètement, cela épuise les acteurs locaux et aggrave la problématique de l'accessibilité des services et par le fait même la précarité des usagers.

La rareté et l'instabilité des ressources humaines, matérielles et financières ne permettent pas aux acteurs de relever des projets d'envergure. Elle empêche également ceux-ci de mener à bien l'intervention en réseau, ce qui a pour conséquence d'engendrer des coûts supplémentaires pour le système de santé. Effectivement, il est moins aisé d'agir

sur la prévention et la promotion de la santé, puisque les financements sont essentiellement alloués au volet curatif.

L'insuffisance de soutien étatique en matière de ressources affecte la qualité de l'action collective, qui est déjà fortement affectée. Bien que les acteurs ont consenti à divers types d'ententes, la plupart d'entre eux tiennent à préserver leur autonomie organisationnelle tout en favorisant l'accès à des services continus aux usagers. Rappelons que Bourque [9] reconnaît l'importance de respecter la liberté des organismes communautaires à participer ou non à l'action collective.

Le principe de responsabilité populationnelle porte à réflexion. Bien que louable et théoriquement atteignable, les investissements financiers ne sont pas à la hauteur des actions et des efforts devant être déployés pour sa réalisation [33]. Dans les circonstances actuelles, la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle complexifie la gestion des relations, la reconnaissance des expertises et des identités organisationnelles.

La sollicitation à outrance à participer aux concertations rejoint plus ou moins les acteurs, bien que leur présence soit souvent politiquement requise. Cette situation conduit à un processus complexe de gestion organisationnelle et d'indépendance des « relations mobiles ». Si les professionnels du RLS éprouvent de la difficulté à se retrouver dans cette désorganisation des services, il en est probablement de même pour la population. En fait, la réforme demandait aux acteurs des compétences particulières : 1) comprendre et articuler dans l'intervention les directives politiques ; 2) repositionner l'expertise organisationnelle autonome dans des interventions interdépendantes ; 3) hiérarchiser les savoirs institutionnels, mais subordonner les savoirs organisationnels dans la coordination des expertises autour des trajectoires individuelles d'usagers. La non consultation des acteurs de terrain au sujet d'une problématique est une contrainte majeure [43] au fonctionnement en réseau. L'abîme entre le langage idéologique de la sphère politique et le langage pratique des organismes communautaires est immense.

Métamorphoser la configuration de l'action collective incite les acteurs à se redéfinir et à reconstruire le chemin parcouru autour de leur thématique d'intérêt. Les effets de cette politique sociale aurait possiblement été tout autre si les milieux avaient été soutenus adéquatement pendant la mise en place des actions à entreprendre.

L'intervention en réseau n'est pas suffisamment mature pour être qualifiée d'un réseau intégré de services autour de la sécurité alimentaire, en raison des lacunes relatives à la coordination des trajectoires de services pour les usagers vivant de multiples problèmes, à la continuité des services et à l'identification de la globalité de leurs besoins vécus. Acef [2] rappelle que ces enjeux et ces défis ne sont pas propres à la société québécoise. Nous pouvons toutefois nous poser la question suivante : Assistons-nous à une résistance de la part des acteurs locaux vis-à-vis d'une politique étatique apparemment incohérente avec les actions et les pratiques professionnelles ? Observe-t-on un réel désir de se conformer à la politique, en dépit de ressources qui ne permettent pas d'agir de manière cohérente et efficace ?

## 6 Conclusion

L'intégration des services de protection sociale a été analysée à la lumière des concepts de continuité et de coordination des services ainsi qu'à travers les dimensions du processus d'intégration. L'essence de cette recherche est la mise en lumière des témoignages des usagers et des représentants d'organisme. Leurs témoignages révèlent que la continuité s'appuie sur une prestation des services en fonction des besoins des usagers, parfois plus souvent perçus par les intervenants qu'exprimés par les personnes elles-mêmes. Soulignons néanmoins que les usagers ne sont ni rappelés ni suivis après avoir utilisé une ressource. Or, le suivi est un élément fondamental pour la motivation de ces derniers. De la perspective des représentants d'organisme, les suivis seraient adaptés aux besoins des usagers. L'accessibilité aux services est centrale dans nos analyses, notamment en ce qui a trait aux contraintes associées aux capacités et aux modes de communication dont disposent les usagers.

Nous relevons également des enjeux relatifs à la disponibilité et à la transférabilité des informations individuelles des usagers. De plus, bien que la relation de confiance cultivée entre les usagers et les intervenants nécessite un temps considérable, elle demeure primordiale afin de soutenir les usagers dans leurs démarches.

Rappelons que l'intégration des services vise essentiellement à coordonner les pratiques professionnelles autour des besoins des usagers. Ainsi, les pratiques de concertation intersectorielle et interorganisationnelle sont indispensables pour assurer la cohérence des services.

Actuellement, nous relevons l'absence d'une plate-forme commune, ce qui rend difficile la cohérence des services. Cette cohérence dépend également de l'arrimage des normes entre les acteurs et la coconstruction de référents communs en termes de représentations et de valeurs. Somme toute, cette coconstruction se matérialise à travers des ententes entre les organismes, par une consolidation de la gouvernance, par une distribution des ressources humaines et financières et par un partage de l'information à l'intérieur des réseaux.

Notre analyse a mis en perspective 12 défis classifiés sous trois enjeux. Dans un premier temps, il apparaît essentiel de développer des visions communes qui se concrétisent en actions concertées. Deuxièmement, il est important de développer des relations interprofessionnelles fondées sur une coordination des interventions, une complémentarité et une reconnaissance des expertises, ainsi qu'une plate-forme de gestion commune. Finalement, les ressources disponibles doivent s'appuyer sur une stabilisation des acteurs professionnels dans le réseau, le développement de compétences professionnelles, la cohérence des ressources disponibles et l'assurance d'un financement adéquat aux organismes communautaires.

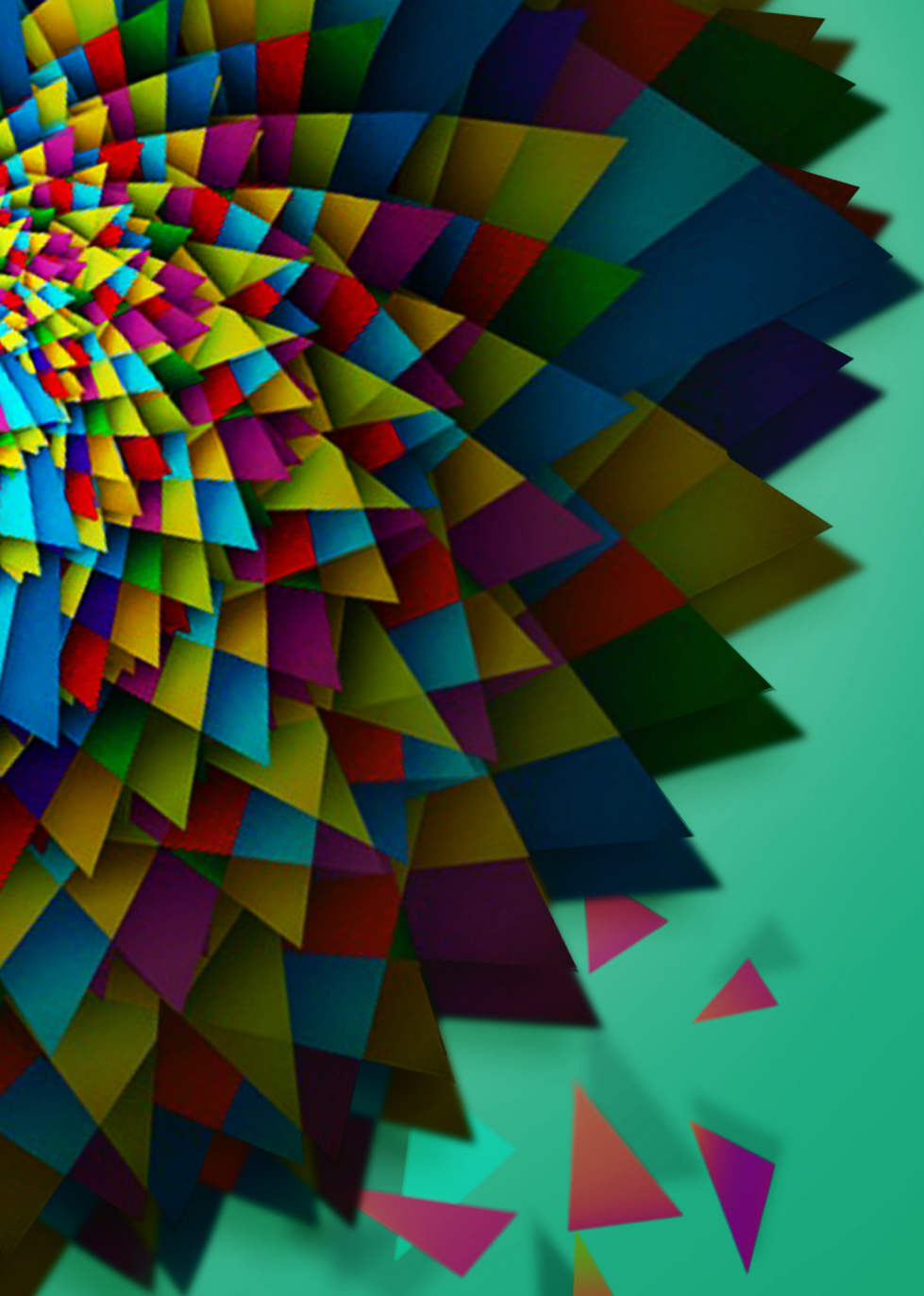
## Références

- [1] Bédard, D., Charbonneau, M., Pagé, L. et Pronovost, R. (2001). Réseau de services intégrés : Ses principes, concepts et composantes. Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Direction de la santé publique et de l'évaluation. 35 p.
- [2] Acef, S. (2008). Réseaux de santé et territoires. *Informations sociales*(3), 72-81.
- [3] Alter, C. et Hage, J. (1993). *Organizations working together* : Sage Publications Newbury Park, CA.
- [4] Andrews, R. et Beynon, M. J. (2016). Managerial Networking and Stakeholder Support in Public Service Organizations. *Public Organization Review*, 1-18. doi : 10.1007/s11115-015-0340-0
- [5] Bédard, D., Charbonneau, M., Pagé, L. et Pronovost, R. (2001). Réseau de services intégrés : Ses principes, concepts et composantes. Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Direction de la santé publique et de l'évaluation. 35 p.
- [6] Bernatchez, A. C., Deshaies, S. et Battaglini, A. (2015). Réseaux locaux de services : Réalités singulières et pluralité d'actions. Synthèse de la journée thématique tenue aux 17es Journées annuelles de santé publique (JASP) en 2013. *Carnet synthèse*, no. 7, 22 p.
- [7] Berwick, D. M., Nolan, T. W. et Whittington, J. (2008). The triple aim : care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- [8] Bourque, D. (2008). Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés, PUQ, 152 p.
- [9] Bourque, D. (2004). Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires. Montréal : Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal.
- [10] Centre d'action bénévole de Valleyfield. Boussole en ligne. Consulté le 2015-12-29. Repéré à <http://cabvalleyfield.com/boussole-par-besoin/>
- [11] Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P. et Denis, J.-L. (2009). « L'analyse de l'implantation » dans : *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 225-250). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- [12] Champagne, F., Hartz, Z., Brousselle, A. et Contandriopoulos, A.-P. (2011). L'appréciation normative L'évaluation : concepts et méthodes (2 ed., pp. 87-104). Montréal : PUM.
- [13] Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- [14] CSSS du Suroît. (2013). Rapport annuel de gestion 2012-2013. 62 p.
- [15] Demers, L. et Pelchat, Y. (2013). Le réseau intégré de services aux aînés en perte d'autonomie des Bois-Francs : une innovation mise à l'épreuve. *Recherches sociographiques*, 54(1), 59-83.
- [16] Fleury, M.-J. (2002). Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 7-15.
- [17] Fleury, M.-J. et Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 16-36.
- [18] Gaumer, B. (2006). L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité. *Lien social et Politiques*(55), 25-32.
- [19] Graddy, E. A. et Chen, B. (2006). Influences on the size and scope of networks for social service delivery. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(4), 533-552.
- [20] Guerrier, P. (2000). Un réseau d'interconnexion pour systèmes intégrés
- [21] IBM Corp. (2012). *IBM SPSS 21 Statistics for Windows (Version 21.0)* : Armonk, NY : IBM Corp.
- [22] Jones, N et Thomas, P. (2007). Inter-organizational Collaboration and Partnerships in Health and Social Care The Role of Social Software. *Public Policy and Administration*, 22(3), 289-302.
- [23] Lamarche, P. A., Lamothe, L., Clermont Bégin, M. L. et Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92.
- [24] Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27(3), 23-30.

- [25] Lapointe, D., Chevrier, P., Sauvé, L., Monette, R., Jalbert-Desforges, A., Geneau, C. et Pelletier, R. (2013). *Politique de développement social 2013-2016*. Ville de Salaberry-de-Valleyfield Repéré à : [http://www.ville.valleyfield.qc.ca/sites/default/files/pdf/Administration\\_/Politiques/politique\\_2013.pdf](http://www.ville.valleyfield.qc.ca/sites/default/files/pdf/Administration_/Politiques/politique_2013.pdf).
- [26] Leatt, P., Pink, G. H. et Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian model of integrated healthcare. *HealthcarePapers*, 1(2).
- [27] Leclerc, B.-S., Bernatchez, A.C., Boucher, M., Deville-Stoetzel, N., Mahmoudi, L., Noun. M., et Couturier Y. (2020b). Regards croisés sur l'utilisation de services et les besoins des usagers. Insécurité alimentaire et développement social collaboratif à Salaberry-de-Valleyfield. *Rapport de recherche : Rapport no 2*. Montréal : Unité d'évaluation du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- [28] Leclerc, B.-S., Bernatchez, A.C., Boucher, M., Deville-Stoetzel, N., Mahmoudi, L., Noun. M., et Couturier Y. (2020c). Insécurité alimentaire et développement social collaboratif à Salaberry-de-Valleyfield : Fonctionnement des organismes : offre de services et mise en réseau : *Rapport de recherche : Rapport no 3*. Montréal : Unité d'évaluation du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- [29] Leclerc, B.-S., Bernatchez, A.C., Boucher, M., Deville-Stoetzel, N., Mahmoudi, L., Noun. M., et Couturier Y. (2020d). Insécurité alimentaire et développement social collaboratif à Salaberry-de-Valleyfield : Pratique de collaboration : la subjectivité des actions conjointes *Rapport de recherche : Rapport no 4*. Montréal : Unité d'évaluation du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- [30] Mercier, C., Coulombe, C., Métivier, A. et Moisson-Estrie. (2003). Action intersectorielle et développement local à Sherbrooke : impacts et perspectives pour l'action communautaire : Sherbrooke, Québec : Moisson-Estrie.
- [31] MSSS. (2003). Programme national de santé publique 2003-2012. Québec : Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des services sociaux. 133 p.
- [32] 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 oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. L. D. d. c. d. m. d. l. S. e. d. S. sociaux. 26 p.
- [33] MSSS. (2010). Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux,. Direction de l'évaluation. 108 p. Ottawa. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, November 1986. Consulté. Repéré à <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- [34] Palinkas, L. A., Fuentes, D., Finno, M., Garcia, A. R., Holloway, I. W. et Chamberlain, P. (2014). Inter-organizational collaboration in the implementation of evidence-based practices among public agencies serving abused and neglected youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1), 74-85.
- [35] Pires, A. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative ; Essai théorique et méthodologique. » Poupard, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.) *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur, pp. 113-169.
- [36] Provan, K. Gé, Veazie, M.A., Staten, L. K. et TeufelShone, N. I. (2005). The use of network analysis to strengthen community partnerships. *Public Administration Review*, 65(5), 603-613.
- [37] QSR Int. (2012). Nvivo, Qualitative data analysis software, QSR International Pty Ltd. (Version 10).
- [38] Québec. (2003). Projet de loi n 25 (Chapitre 21). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec : Éditeur officiel du Québec. A. nationale. 16 p.
- [39] Québec. (2005). Projet de loi n 83 (Chapitre 32). Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Québec : Éditeur officiel du Québec. A. nationale. 134 p.
- [40] Québec. (2007). Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Anciennement : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec).
- [41] Racine, S. (2007). L'insécurité et la sécurité alimentaire. Une analyse critique. In H. Dorvil (Ed.), *Problème sociaux : Théories et méthodologie de la recherche* (pp. 19-47). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- [42] Reid, R. J., McKendry, R. Haggerty, J. (2002). Defusing the Confusion : Concepts and Measures of Continuity of Health Care : Final Report : Canadian Health Services Research Foundation = Fondation canadienne de la recherche sur les Services de santé.
- [43] Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Comtois, E., Pineault, R. et Touati, N. (2004). Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie. *Rapport final de recherche : FCRSS*. Ottawa. 36p.

- [44] Rock, M. (2006). We don't want to manage poverty' : community groups politicise food insecurity and charitable food donations. *Promotion and Education*, 13(1), 36.
- [45] Roy, D. A, Litvak, E. et Paccaud, F. (2010). Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la population et la gouvernance en santé. Mascouche (Québec). Le Point en administration de la santé et des services sociaux.
- [46] Savard et Proulx. Outil d'analyse des rapports à l'État. Questionnaire visant à identifier la nature des rapports entre un organisme du tiers secteur et un établissement ou un organisme public. Université du Québec à Montréal. Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales. Université du Québec à Montréal. Repéré à [http://www.cdcdugranit.com/uploads/pdf/Scuhjbyzr\\_QuestionnaireAutoEvaluationJProulx.pdf](http://www.cdcdugranit.com/uploads/pdf/Scuhjbyzr_QuestionnaireAutoEvaluationJProulx.pdf)
- [47] Tarasuk, V. (2001). A critical examination of community-based responses to household food insecurity in Canada. *Health Education & Behavior*, 28(4), 487-499.
- [48] Tourigny, A., Durand, P. J., Bonin, L., Hébert, R. et Rochette, L. (2004). Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes, 84, 937.
- [49] World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, November 1986. Repéré à : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- [50] Yin, R. K. (2008). *Case study research : Design and methods (applied social research methods) (Fourth ed.)*. California : Sage Publications, London.





[www.centreinteractions.ca](http://www.centreinteractions.ca)

ISBN 978-2-550-86563-6 (version PDF, vol. 5)

ISBN 978-2-550-86567-4 (ensemble)

Dépôt légal – Bibliothèques et Archives nationales du Québec

Dépôt légal – Bibliothèques et Archives du Canada