

Consultation sur les partenariats en santé publique

Présentation des résultats

Rapport de consultation 1^{er} juin 2011



Sommaire des enjeux et propositions de pistes de solutions

Consultation sur les partenariats en santé publique

ENJEU 1 : Améliorer des éléments du processus de gestion financière.			FAISABILITÉ
#	PROPOSITIONS DE PISTES DE SOLUTION	ÉCHÉANCE	1=facile 2= moyen 3=difficile
1.	Ajuster les pratiques de gestion financière¹:		
	1.1. Prévoir une indexation annuelle des projets financés, qui prenne aussi en compte les besoins des populations;	2012	2
	1.2. Reconnaître certains frais de gestion aux organismes communautaires, pour la réalisation d'activités;	2012	2
	1.3. Pour la DSP, confirmer par écrit aux CSSS qu'ils peuvent procéder à des avances de fonds aux organismes et aux instances locales de concertation, en début d'année financière, tel que prévu par la Loi sur la Santé pour les établissements du Réseau;	2011	1
	1.4. Dans le cadre du financement par projets ou par ententes des organismes communautaires et des instances locales de concertation, établir des critères afin d'identifier ceux qui pourraient au moins faire l'objet d'ententes triennales² , et ajuster les mécanismes de suivi en conséquence	2012	2
	1.5. Reconnaître les frais associés à la participation aux rencontres de concertation.	2012	2
2.	Simplifier la reddition de compte et faire valoir l'action locale communautaire :		
	2.1. Pour les partenaires, s'entendre sur les façons d'évaluer collectivement et de faire valoir la portée de l'action locale communautaire dans le cadre du programme régional de santé publique et dans le respect de l'autonomie des organismes.	2013	3
	2.2. Évaluer la possibilité de développer un tronc commun de reddition de compte , entre bailleurs de fonds oeuvrant en prévention et promotion de la santé;	2012	2
	2.3. Préparer des formulaires simples pour la reddition de compte et s'assurer que les organismes les reçoivent en début l'année , et qu'ils en saisissent l'utilité	2012	1
	2.4. Trouver des façons d'atténuer les impacts de la présence de multiples bailleurs de fonds qui interpellent les mêmes partenaires locaux, pour réaliser des projets similaires : Arrondissements, Ministères, Agence, DSP, fondations privées;	2013	3

1 Lorsque applicable, ces modifications seront enchâssées dans le cadre administratif sur les crédits accordés en fonction du programme régional de santé publique

2 Un accord de coopération pour un programme de soutien communautaire au logement est présentement en développement à l'Agence de Montréal, et pourrait servir de modèle.

ENJEU 2 : Clarifier les rôles et responsabilités des partenaires, dans le cadre du programme régional de santé publique.			FAISABILITÉ
#	PROPOSITIONS DE PISTES DE SOLUTION	ÉCHÉANCE	1=facile 2=moyen 3=difficile
3.	De concert avec les parties prenantes, prévoir un mécanisme de clarification des rôles et responsabilités des partenaires ³ , incluant l'attribution des fonds et la reddition de compte.	2012	2
4.	Veiller à ce que les projets, programmes et politiques mis en place dans le cadre du programme régional de santé publique soient en conformité avec la Politique de l'action communautaire autonome ⁴ .	2011	1
5.	Utiliser l'opportunité de la révision du cadre de référence sur les partenariats de l'Agence pour élaborer et intégrer les dimensions éthiques à respecter en ce qui a trait à l'attribution du financement , dans le cadre d'ententes de services ou de projets.	2012	2
6.	Mettre en place un mécanisme de gestion des mésententes ⁵ qui peuvent survenir entre les partenaires, dans le cadre du programme régional de santé publique.	2012	2

ENJEU 3 : Reconnaître l'expérience du milieu.			FAISABILITÉ
#	PROPOSITIONS DE PISTES DE SOLUTION	ÉCHÉANCE	1=facile 2=moyen 3=difficile
7.	Impliquer les organismes communautaires, leurs regroupements, les instances locales de concertation, la population et les CSSS dans l'identification des besoins des communautés , afin de partager la connaissance des problématiques vécues et de développer une compréhension commune des enjeux. Ceci suppose cependant de reconnaître financièrement cette contribution et de dégager les ressources nécessaires.	2013	2
8.	Négocier avec les parties prenantes la façon d'intégrer l'expérience du milieu dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des mesures et services .	2014	3

PROPOSITION DU COMITÉ TRIPARTITE		FAISABILITÉ
9.	Mettre sur pied une instance tripartite ⁶ responsable d'assurer le suivi des propositions de pistes de solutions issues de la consultation sur les partenariats en santé publique.	2011 1

³ Cette démarche sera faite dans le respect des lois en vigueur et, lorsque pertinent, les travaux seront progressivement enchâssés dans le cadre administratif de la DSP. Ces travaux serviront également de base de réflexion à la mise à jour du cadre de référence sur les partenariats de l'Agence;

⁴ Cette politique gouvernementale s'intitule : L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec. Le document complet est disponible à l'adresse suivante : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1930487>

⁵ Des travaux sont prévus par le Comité régional de liaison entre l'Agence, les CSSS et les organismes communautaires: Voir objectif 6 du plan d'action 2010-2011. Cependant, le mécanisme de gestion des mésententes dans le cadre du programme régional de santé publique devra comporter des spécificités de par sa nature tripartite. Les préoccupations nommées lors de la présente consultation devront ainsi être intégrées en vue d'adapter le mécanisme en question aux relations partenariales de la DSP, des CSSS et des organismes, compte tenu entre autres des différents trajectoires de fonds.

⁶ Cette instance tripartite pourrait s'inspirer du modèle du comité régional de liaison sur les partenariats de l'Agence. Le comité insiste cependant sur la nécessité, pour chaque instance décisionnelle, d'être proactif et de faire le nécessaire pour intégrer ou approfondir les propositions de pistes de solutions qui les concernent. C'est dans cette perspective que le comité tripartite fera une recommandation quant au mandat et à la composition de cette instance.

TABLE DE MATIÈRES

Partenariats en santé publique : Enjeux et propositions de pistes de solutions, découlant de la consultation 2

1. Introduction..... 6

1.1 Mise en contexte.....6

1.2 Mandat confié au comité tripartite7

1.3 Structure du document.....7

2. Méthodologie 8

2.1 Formation d'un comité tripartite8

2.2 Étapes de la consultation9

2.3 Participation aux 3 étapes de la consultation10

2.4 Dimensions du partenariat explorées avec les partenaires.....13

3. Résultats de la consultation.....14

3.1 Raison d'être du partenariat, selon les partenaires.....15

3.2 Les avantages du partenariat.....17

3.3 Enjeux et proposition de pistes de solution.....18

ENJEU 1 : Améliorer des éléments du processus de gestion financière18

1. Les pratiques de gestion financière, dans un contexte de sous-financement18

2. La reddition de comptes et la valorisation des activités25

ENJEU 2 : Clarifier les rôles et responsabilités des partenaires, dans le cadre du programme régional de santé publique.....29

ENJEU 3 : Reconnaître l'expérience du milieu.38

3.4 Autres préoccupations : La Fondation Chagnon46

3.5 Les trajectoires de fonds destinés aux organismes48

Trajectoire 2 : Financement destiné aux organismes, qui transite par les CSSS50

T.2.1	Le financement sur invitation du CSSS.....	52
T.2.4	L'attribution des fonds par appel d'offres	59
	<u>Trajectoire 3</u> : Le financement direct de la DSP vers les organismes communautaires.....	65
T.3.1	Les partenariats négociés	66
T.3.2	Les mesures prédéterminées par la DSP.....	68
3.6	Bilan de la rencontre de présentation des résultats.....	71
4.	Perspectives.....	72

1. Introduction

1.1 Mise en contexte

Depuis plusieurs années, les Centres de santé et services sociaux (ci-après les CSSS) à l'échelle locale et la Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ci-après, la DSP) à l'échelle régionale, travaillent de façon concertée en faveur d'initiatives visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Chacun de ces acteurs intervient dans le sens de la réduction des inégalités sociales de santé. Cette volonté en faveur d'une action centrée sur les grands déterminants de la santé a favorisé, au fil des années, une certaine alliance entre le milieu communautaire montréalais, les CSSS et la DSP.

Dès 1993 en effet, la première mouture des priorités régionales de santé publique a été mise sur pied à Montréal. Au fil des ans, les mesures de prévention financées se sont multipliées à la DSP, passant de 2,4 millions de dollars en 1993 à plus de 36 millions en 2010, dont plus de 11 millions sont destinés aux organismes communautaires (et 22 millions aux CSSS, le reste allant au soutien régional à l'une ou l'autre de ces mesures). On parle désormais de partenariats pluriels.

Ces partenariats ont donc évolué depuis deux décennies et, inévitablement, certaines préoccupations ont émergé de part et d'autre, au fil du temps. En 2006, faisant écho à ces soucis et dans la foulée de la réforme Couillard, notamment la fusion d'établissements au sein des 12 réseaux locaux montréalais, les relations partenariales ont été enchâssées, dans le *Cadre de référence sur les partenariats entre l'Agence, les CSSS, les établissements du Réseau et les organismes communautaires*. Ce cadre de référence porté par l'Agence représente en réalité le fruit d'une négociation de près de deux ans entre les partenaires. Il définit les principes du partenariat et régit ses modalités de mise en œuvre.

La DSP et plusieurs CSSS ont progressivement tenté d'adopter ce cadre de référence, quoique certains aspects de son opérationnalisation comportaient des défis. Ces derniers ont d'ailleurs été mis en lumière lors d'une tournée effectuée en 2007 auprès des CSSS et portant spécifiquement sur l'application du cadre.

De leur côté, les organismes communautaires ont également fait ressortir une série d'irritants en lien avec les partenariats plus spécifiquement issus du programme régional de santé publique, à l'occasion d'une consultation organisée en 2008 par le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (ci-après, le RIOCM) auprès de quelques-uns de ses membres.

Grâce à cette convergence des préoccupations et intérêts, l'idée de réaliser une étude conjointe sur le partenariat se concrétise, à l'automne 2009, tant du côté de la Table régionale de santé publique⁷ (ci-après la TRSP) que du Comité régional de liaison sur les partenariats de l'Agence (ci-après, comité régional) où siège le RIOCM. Ces deux instances ont en effet inscrit cette action dans leur plan d'action respectif et un comité tripartite a été formé pour mener à bien l'étude.

C'est donc ainsi que, pour la première fois en 2010, toutes les parties prenantes aux partenariats ont pris ensemble le temps de faire le point sur cette évolution globale, du point de vue régional et pour toutes les mesures de santé publique qui impliquent un partenariat entre la DSP, les CSSS et le milieu communautaire.

1.2 Mandat confié au comité tripartite

Le mandat du comité tripartite est donc de mener une consultation sur les processus de financement des mesures s'adressant aux organismes communautaires ainsi que les partenariats développés dans le cadre du programme régional de santé publique et d'en présenter les résultats.

1.3 Structure du document

Le présent document est divisé en 4 grandes parties :

Le **Sommaire** résume les propositions de pistes de solutions envisagées pour répondre aux principaux enjeux issus de l'analyse de la tournée de consultation et du questionnaire en ligne.

Le présent chapitre, **l'introduction**, rappelle ensuite le contexte ayant mené à une telle consultation ainsi que la structure du document. Après une présentation de la **méthodologie** retenue et des dimensions du partenariat explorées avec les participants, suivent au chapitre 3 les **résultats de la consultation**, présentés en lien avec les enjeux. Les autres préoccupations exprimées feront également l'objet d'une brève présentation. Enfin, la **conclusion** présente les suites prévues pour l'étude.

⁷ Présidée par le directeur de santé publique, sous l'égide du comité de gestion du réseau montréalais (PDG Agence + dg CSSS + directeurs Agence), la TRSP réunit les 12 directeurs de CSSS qui ont la responsabilité du programme local de santé publique et le comité de direction de la DSP.

2. Méthodologie

2.1 Formation d'un comité tripartite

Un comité tripartite a été formé pour mener à bien le mandat confié à la fois par la *Table régionale de santé publique* et le *Comité de liaison sur les partenariats* de l'Agence de Montréal. Les membres du comité tripartite qui ont travaillé ensemble à la réalisation de cette vaste consultation sont :

Sébastien Rivard, coordonnateur, RIOCM (Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal)

Francine Vincelette/CSSS Jeanne Mance
Coordonnatrice de santé publique et des services à la communauté

Mario Gagnon/CSSS de St-Léonard et St-Michel
Directeur, famille-enfance-jeunesse et santé publique

André Gobeil/Direction de santé publique (DSP)
Adjoint au responsable, secteur Tout-petits–Jeunes

Yolande Marchand/DSP
Adjointe au responsable, secteur Tout-petits–Jeunes

Orkia Lefebvre/DSP/
Conseillère aux établissements, secteur Administration

Michel Mongeon/DSP
Adjoint au directeur de santé publique et Responsable du Bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats

Louise Lefebvre/DSP
Adjointe au responsable, Bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats

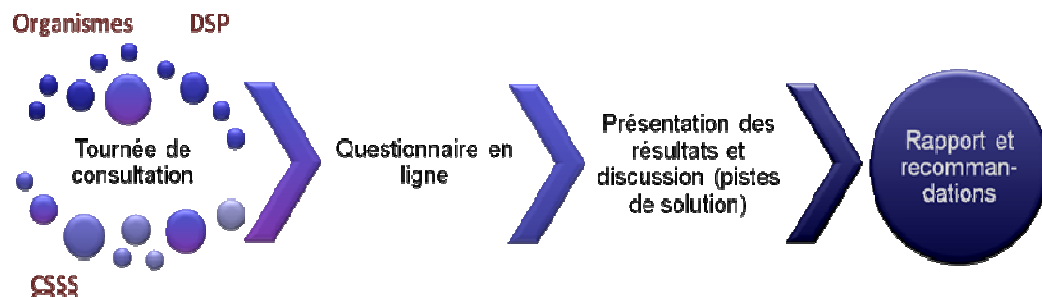
Serge Chevalier/DSP/
Sociologue, Bureau de soutien à la direction, à la planification et aux partenariats

Une chargée de projet, Élisabeth Rivest, a été embauchée spécialement pour appuyer le comité tripartite dans la réalisation de son mandat.

2.2 Étapes de la consultation

La méthodologie retenue pour réaliser cette vaste consultation compte trois grandes étapes. Le graphique 1 présente de façon schématique les 3 grandes étapes de la consultation :

Graphique 1 : Méthodologie pour la consultation sur les partenariats dans le cadre du programme régional de santé publique.



Deux outils d'évaluation perceptuelle ont d'abord été élaborés pour permettre aux partenaires d'apporter des éléments de réflexions sur l'évolution de leurs partenariats. Ces outils d'évaluation sont les deux premières étapes de la consultation :

1. La **tournee de consultation**, de mai à novembre 2010, a permis de rencontrer, en groupes de discussion d'une durée de 2 heures :
 - Les équipes des 12 CSSS - et de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles- oeuvrant en partenariat avec les organismes communautaires dans le cadre du programme régional de santé publique;
 - Pour chaque territoire de CSSS ou quartier de CLSC, les représentants d'organismes communautaires financés par l'une ou l'autre des mesures développées dans le cadre du programme régional de santé publique;
 - À l'échelle régionale, les regroupements d'organismes;
 - Les équipes de la DSP travaillant dans les secteurs engagés dans le partenariat avec le milieu communautaire.

La même structure d'animation⁸ a été utilisée pour toutes les rencontres, peu importe le type de partenaires, pour assurer une base de comparaison. Trois thèmes ont été abordés en tournée de consultation, soit :

- les pratiques de collaboration;
- les modes de financement;
- les modalités de reddition de comptes.

⁸ Voir le guide d'animation utilisé comme base de discussion en groupe, en annexe

2. Le **questionnaire en ligne**⁹, en octobre et novembre 2010, a permis de quantifier les préoccupations des partenaires telles qu'exprimées lors de la tournée de consultation, au regard des trois thèmes abordés, et selon les catégories des répondants, soit les organismes, les CSSS ou la DSP. Le questionnaire a ainsi été construit à partir des commentaires des 269 participants rencontrés lors de la tournée de consultation. Il visait deux principaux objectifs :
 - D'une part, fournir une première rétroaction en présentant à l'ensemble des partenaires les différents points de vue exprimés lors de la tournée;
 - D'autre part, offrir l'occasion à chacun de valider ou d'infirmer les perceptions et propositions venant de la consultation, permettant ainsi de les quantifier et d'aider le comité tripartite à les souper.
3. Enfin, la **présentation des résultats le 2 février 2011 au Centre St-Pierre**, auprès de l'ensemble des partenaires consultés, a permis à tous de prendre connaissance des résultats de la consultation et des enjeux en découlant. Des **ateliers** ont d'autre part été organisés pour mettre à contribution l'expertise de chacun en échangeant sur les pistes de solutions mises de l'avant dans les 2 étapes précédentes.

2.3 Participation aux 3 étapes de la consultation

Les partenaires ont d'abord participé en très grand nombre à la tournée de consultation, comme le démontrent les tableaux 1 et 2. Ainsi, 43 entrevues de groupe ont permis de rencontrer 269 personnes, dont 165 représentants d'organismes et regroupements régionaux, 88 des CSSS de Montréal, et 16 de la DSP.

Tableau 1 : Rencontres réalisées, lors de la tournée de consultation

Nb	Rencontres
24	Organismes communautaires
13	Équipes CSSS
4	Organismes régionaux: CMTQ, Rapsim, Table directeurs ITSS, TOM Sida
2	Équipes DSP
43	RENCONTRES

⁹ Voir le questionnaire en ligne, en annexe

Tableau 2 : Participants rencontrés, lors de la tournée de consultation

Nb	Participants
165	Organismes communautaires (instances locales et regroupements)
88	CSSS
16	DSP
269	PARTICIPANTS RENCONTRÉS

Les principaux éléments appréciés par les participants lors des rencontres de consultation sont :

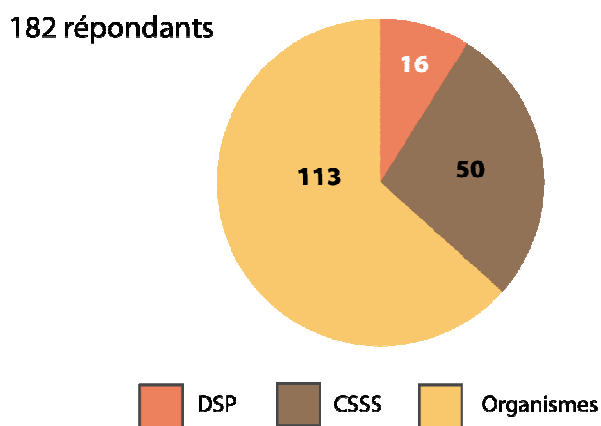
- L'occasion d'échanger sur les enjeux et défis des partenariats en santé publique;
- La mise en commun de la connaissance et des préoccupations touchant aux partenariats;
- L'ouverture et l'écoute offertes par le format de la consultation;

Quelques préoccupations ont également été évoquées, lors de la tournée :

- La volonté que cette démarche soit utile concrètement, assortie d'un certain scepticisme;
- La réelle prise en compte des commentaires de la consultation, qui se traduise par des mesures et des changements concrets pour améliorer le partenariat.

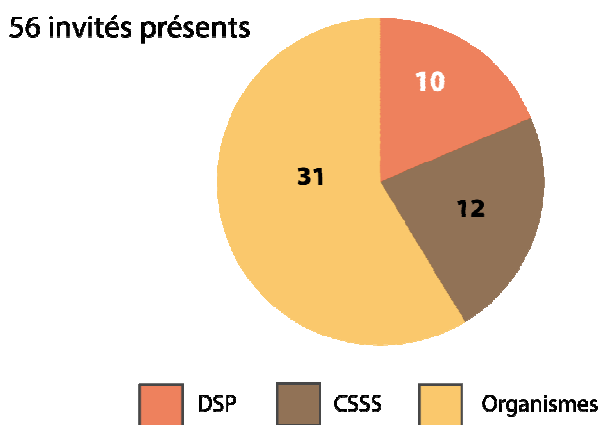
Le questionnaire en ligne a également connu un fort succès, ayant été rempli par 182 répondants. Le graphique 2 présente la répartition des répondants au questionnaire. Trois (3) des 182 répondants appartiennent à la catégorie « Autres ». Celle-ci comprend par exemple des Centres de la petite enfance (CPE) ou des Commissions scolaires.

Graphique 2 : Participation au questionnaire en ligne



Enfin, le 2 février 2011, 56 invités ont participé à la présentation des résultats de la consultation et aux échanges sur les pistes de solutions proposées. Ce nombre exclut les 10 membres du comité tripartite qui ont animé les 7 ateliers de discussion. Parmi les 3 autres invités présents se trouvent des représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Graphique 3 : Participation à la présentation des résultats, le 2 février 2011



Un premier constat découle de la participation sans précédent à cet exercice. Elle est en effet très significative quant à l'intérêt des parties prenantes à prendre un certain recul pour discuter de la notion même de partenariat, entre eux d'abord, puis de façon tripartite. Le succès de la tournée de consultation auprès des groupes est également dû en grande partie à l'appui des équipes de CSSS qui ont orchestré les rencontres et fait circuler l'invitation auprès des organismes sur leur territoire. Certaines tables de quartier ont également accepté de jouer ce rôle crucial.

Le comité tient à remercier les représentants des CSSS et ceux des tables de quartier pour leur contribution.

2.4 Dimensions du partenariat explorées avec les partenaires

Différentes dimensions des partenariats ont été explorées, tant lors des rencontres en groupes de discussion que par le biais du questionnaire en ligne. Ces dimensions sont regroupées sous trois grands thèmes :

- **Pratiques de collaboration**

Les dimensions explorées avec les partenaires participants et regroupées sous ce thème sont :

- La raison d'être du partenariat;
- La qualité perçue des liens, des rapports, des relations, des espaces d'échanges entre les parties prenantes;
- L'utilité et les défis de la collaboration;
- La connaissance du cadre de référence, de ses principes et son utilité pour mieux cerner les liens de collaboration;
- La nature et le degré de collaboration, actuels et souhaités;
- La perception pour chacun de ses propres rôles et responsabilités dans le partenariat
- Le partenariat idéal et les éléments à améliorer pour y arriver

- **Modes de financement**

Le mécanisme par lequel les sommes de santé publique transitent vers les organismes communautaires varie beaucoup d'un territoire à un autre, à Montréal. Ces variations s'expliquent par la possibilité donnée à chaque milieu s'adapter le partage des ressources en fonction de ses propres réalités. Les perceptions recueillies lors de la tournée permettent de dégager les avantages et inconvénients de chaque formule. Sont également explorés avec les participants :

- La hauteur du financement;
- La formalisation ou non des financements;
- Le rôle des parties prenantes dans l'attribution du financement;
- La compréhension des mécanismes de financement utilisés;
- La durée du financement et la disponibilité des fonds;
- L'impact des multiples bailleurs de fonds finançant des activités similaires.

- **Reddition de comptes — bilan des activités – valorisation des activités**

Les dimensions explorées avec les participants sous ce thème sont :

- L'utilité de la reddition de compte, en principe et en pratique;
- Les irritants associés à la reddition de compte;
- La possibilité d'utiliser la reddition de compte pour valoriser les résultats;
- Les pistes de solutions pour améliorer l'efficacité de la reddition de compte.

3. Résultats de la consultation

Au fil de la consultation sur les partenariats dans le cadre du programme régional de santé publique, le comité tripartite chargé de mener à bien l'étude a eu plusieurs rencontres pour prendre connaissance des différents points de vue exprimés. Il apparaît que les partenariats en prévention et promotion de la santé sur l'île de Montréal ont évolué de façon différente selon les territoires et les parties prenantes impliquées, compte tenu des nombreuses variables associées à ces partenariats :

- Près de 10 mesures de santé publique sollicitent des partenariats avec les groupes;
- Une douzaine de territoires de CSSS sont délimités depuis 2003, et la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles, dont le statut diffère de celui des CSSS;
- Une trentaine de quartiers détiennent une structure de concertation intersectorielle et multi-réseaux, une table de quartier ou de développement social;
- Deux trajectoires de fonds en santé publique permettent de faire transiter les crédits de la DSP vers les groupes, soit directement, soit par le biais des CSSS.

Le partenariat en santé publique est donc complexe et pluriel. Il y a en effet une multitude de partenaires dont les interrelations varient selon les historiques, les territoires, les quartiers, les expériences, les personnes, etc. Le terme même de partenariat n'est pas compris partout de la même manière et les rapports entre les partenaires du réseau public et le milieu communautaire sont loin d'être toujours égaux.

Ceci a amené le comité tripartite à réfléchir à une façon de synthétiser et de regrouper la masse d'informations recueillies. C'est ainsi que, de cette multitude, le comité a dégagé des enjeux communs, qui se sont manifestés à un moment ou un autre, dans l'évolution des partenariats, selon les particularités de chacun. Le comité a aussi voulu faire valoir à quel point les milieux font preuve de créativité pour trouver des solutions pragmatiques, propres à leur réalité. Cette réflexion du comité a été exposée et discutée lors de la présentation des résultats, le 2 février 2011 à l'ensemble des partenaires. Ces derniers ont encore aidé à synthétiser et prioriser l'information qui est ici présentée.

À l'échelle régionale, pour l'ensemble des partenariats en santé publique, il apparaît ainsi trois grands enjeux découlant d'une série de préoccupations ou d'irritants, et associés à différentes pistes de solution. Ces préoccupations et irritants dépassent parfois les questions de départ sur les trois dimensions du partenariat en santé

publique. Ils ont par contre tous un impact sur la qualité des partenariats. La présentation des résultats est donc structurée selon ces trois grands enjeux.

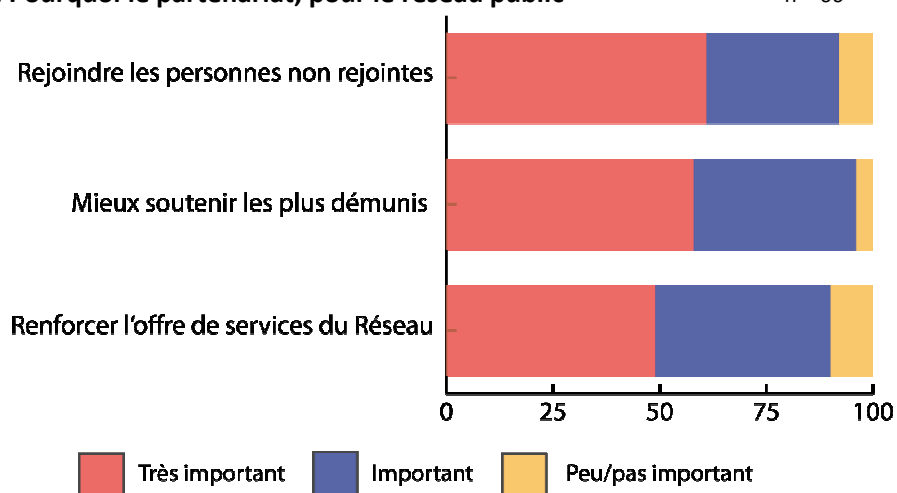
L'analyse des résultats du questionnaire en ligne a parfois fait ressortir des divergences entre les points de vue des organismes, des CSSS ou de la DSP. Ces divergences sont mises en exergue dans le texte.

3.1 Raison d'être du partenariat, selon les partenaires

Par le biais du questionnaire en ligne, le comité tripartite a demandé aux partenaires d'indiquer les raisons principales qui sous-tendent le partenariat de leur organisation.

Graphique 4 : Pourquoi le partenariat, pour le réseau public

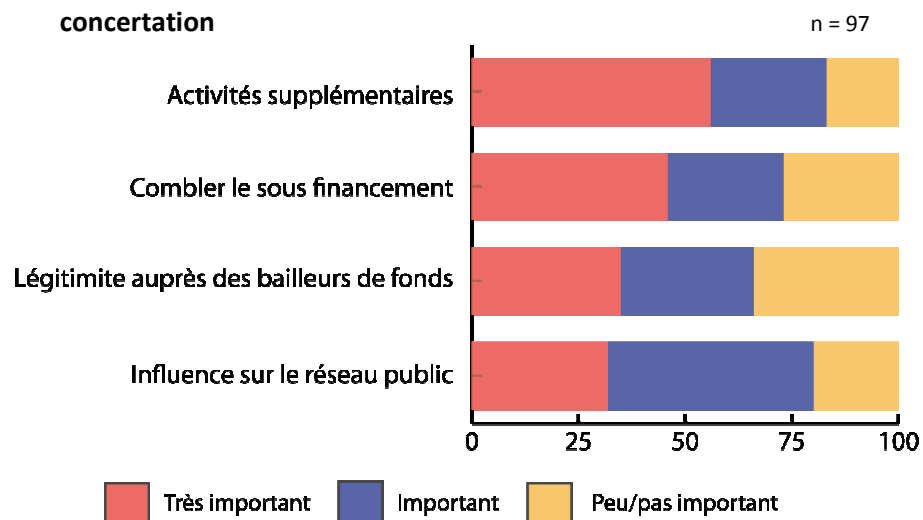
n = 66



Ainsi pour les partenaires du réseau public, tant ceux des CSSS que de la DSP, les motifs principaux pour participer aux partenariats en santé publique avec le milieu communautaire sont que ces partenariats permettent de rejoindre des personnes que le réseau public ne rejoint pas autrement, de mieux soutenir les plus démunis et de renforcer son offre de services. Toujours selon les mêmes représentants, le fait d'avoir accès à une main-d'œuvre bon marché n'entre pas dans les motifs pour établir un partenariat avec le milieu communautaire.

Le milieu communautaire s'engage quant à lui dans des partenariats avec le réseau public, principalement pour financer des activités supplémentaires en lien avec sa mission, pour pallier son sous-financement, car l'argent du partenariat est nécessaire à la survie de l'organisme, pour renforcer la légitimité de ses interventions auprès des autres bailleurs de fonds et enfin, pour influencer les pratiques du réseau public. Bien que les groupes évoquent souvent la compétition entre organismes pour l'obtention du financement lors des rencontres de consultation, la très grande majorité affirme ne pas s'engager dans les partenariats en santé publique pour éviter qu'un autre organisme ne le fasse à sa place.

Graphique 5 : Pourquoi le partenariat, pour les organismes et instances locales de concertation



Le grand constat du réseau lui-même est donc qu'il existe un vide dans la continuité de services, vide que les organismes sont davantage à même de combler.

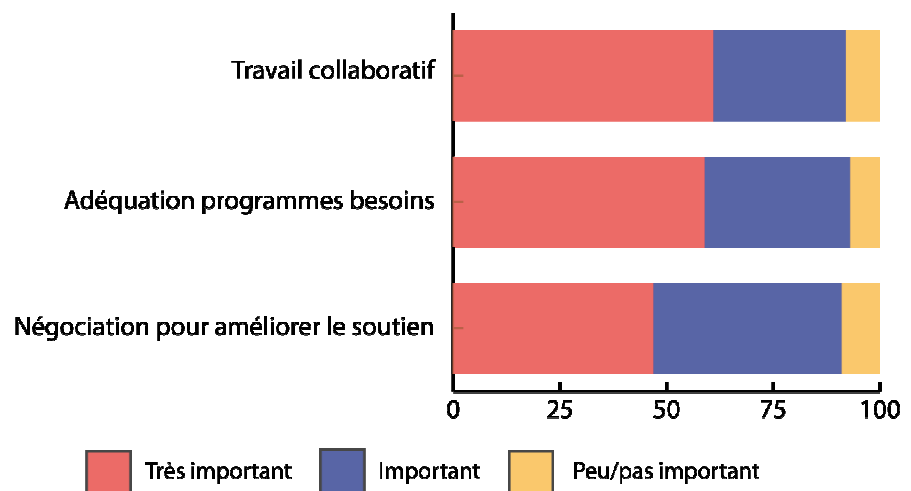
Ce constat n'est pas nécessairement partagé par les groupes. De leur côté en effet, **les organismes communautaires et instances locales de concertation** souhaitent plutôt influencer les pratiques du réseau. Encore faut-il que les organismes aient les moyens de le faire. Or, pour ces groupes, le manque d'argent est au cœur des irritants du partenariat avec le réseau public. Cette pénurie de ressources financières entraîne, comme nous le verrons, des impacts importants sur la qualité des partenariats.

3.2 Les avantages du partenariat

Les organismes, les CSSS et la DSP s'entendent pour reconnaître des avantages aux partenariats. Parmi les plus importants se trouve la capacité à **négocier** avec les partenaires pour améliorer la qualité du soutien aux personnes. Le **travail collaboratif**, c'est-à-dire l'échange d'informations ou le choix partagé des priorités ou la réalisation de projets collectifs, de même que **l'adéquation** entre les mesures développées et les besoins identifiés reçoivent également l'aval de la très grande majorité des partenaires, toutes catégories d'appartenance confondues. Le graphique suivant présente l'intensité de l'importance attribuée aux grands avantages du partenariat :

Graphique 6 : Principaux avantages du partenariat

n = 170



La raison d'être et les principaux avantages du partenariat étant présentés, la prochaine section fait état des enjeux associés aux partenariats et aux pistes de solutions qui ont été proposées par les parties prenantes, lors de la consultation.

3.3 Enjeux et proposition de pistes de solution

ENJEU 1 : Améliorer des éléments du processus de gestion financière

1. Les pratiques de gestion financière, dans un contexte de sous-financement

L'**enjeu primordial** identifié dans toutes les rencontres de consultation porte sur le financement. Plus précisément, il est question d'améliorer certains éléments des processus de gestion financière, parce que la quantité d'argent disponible est insuffisante par rapport aux besoins croissants et complexes des populations. En effet, le sous-financement à la mission de base représente un souci très important ou important selon 98 % des partenaires. Il y a ainsi quasi-unanimité quant au fait que les organismes communautaires sont sous-financés pour répondre aux besoins.

Comme l'illustre le graphique 7, outre la pénurie de financement à la mission de base, voici les principaux irritants liés au sous-financement :

La majorité des organismes ne reçoivent **pas d'indexation** au coût de la vie pour réaliser leurs activités de santé publique, ou la reçoivent rarement. Cet irritant est très important ou important pour la quasi-unanimité des partenaires (94 %);

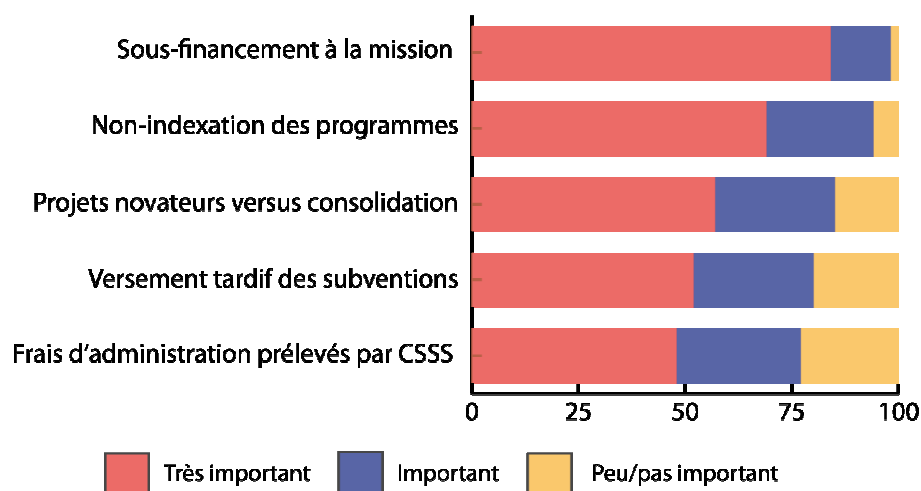
Les subventions de santé publique, sauf exception, sont **versées avec plusieurs mois de retard** chaque année, puisque reliées à de longs mécanismes d'approbation des crédits non récurrents. Concrètement, ceci signifie pour plusieurs organismes des pertes de ressources humaines, mises au chômage par manque de fonds. Le versement tardif engendre un souci très important ou important pour 4/5 des partenaires.

Dans le financement non récurrent, les **frais de gestion** pourtant inhérents à la réalisation des activités de santé publique - incluant la reddition de compte - ne sont pas partout reconnus comme dépenses admissibles.

Les **frais d'administration perçus par les CSSS** constituent une source de mécontentement importante pour des partenaires, surtout dans la mesure où cette pratique semble inéquitable parce qu'interdite aux organismes, en plus d'avoir pour effet de diminuer les ressources disponibles pour permettre aux groupes communautaires de réaliser des activités.

Graphique 7 : Principaux irritants liés au sous-financement

n = 147



Le financement non récurrent par projets comporte également des désagréments importants :

- Parfois le critère **d'innovation** prime, et on doit alors réinventer la roue, au détriment de la consolidation des activités qui ont fait leur preuve. Faute de financement pour soutenir les initiatives développées, c'est tout un pan de savoir-faire qui est perdu au profit de l'expérimentation, sans égard pour les populations desservies et les organismes débordés. Le fait de privilégier les projets novateurs au détriment de la consolidation des activités représente d'ailleurs un irritant très important pour plus de la moitié des partenaires. Par contre, alors qu'il est marqué comme très important pour 2/3 des organismes, des représentants de la DSP considèrent au contraire qu'il s'agit d'un élément peu ou pas important. Il s'agit là d'une importante divergence de perception entre les partenaires.
- Parfois, au contraire, la **consolidation des activités est priorisée**, et les mêmes projets sont alors souvent reconduits automatiquement depuis plusieurs années. La DSP est partagée sur ce point, un tiers l'évaluant comme très important, un tiers le considérant important et l'autre tiers peu ou pas important. À l'opposé, 2/3 des organismes le considèrent comme peu ou pas important. Pour les opposants à l'utilisation des fonds de santé publique dans le but de consolider les activités, cette approche pose problème pour les raisons principales suivantes :

Dans les faits, ce financement s'apparente davantage à un financement de base à la mission, ce qui n'est pas le mandat de la DSP;

Les activités n'évoluent pas toujours en lien avec les besoins de la population, mais la notion de " financement acquis " devient ancrée lorsque certains groupes sont financés depuis de nombreuses années par les mêmes mesures de santé publique, et

il devient alors difficile de modifier l'usage des fonds en fonction des besoins émergents;

Enfin, lorsque la consolidation ne peut se réaliser qu'une année à la fois, il est erroné de parler de réelle consolidation;

Les irritants associés au financement sont de loin les plus contrariants pour les partenaires. Bien que tous s'entendent sur l'importance des irritants, l'intensité exprimée pour chaque item varie cependant, d'un groupe d'appartenance à l'autre.

Ainsi, le sous-financement à la mission est jugé très important pour la vaste majorité des CSSS et des organismes. Cet irritant indispose dans une moindre proportion la DSP, où la proportion est de 1/2. Il en est de même pour le versement tardif des subventions, ce point étant considéré comme très important par respectivement plus de la moitié des représentants des CSSS et des organismes, contre moins du 1/3 pour la DSP. Les organismes semblent également plus critiques quant à l'absence d'indexation des subventions que les autres partenaires, puisque la très large majorité considère cet irritant très important (85 %), contre 3/5 pour les CSSS et 1/5 pour la DSP.

La concertation, indispensable, mais énergivore

La concertation est un outil nécessaire pour convenir collectivement des priorités locales. Elle est utilisée avec succès depuis des décennies dans les quartiers où la culture de développement communautaire est bien ancrée.

Par contre depuis quelques années, un intérêt grandissant pour cette approche a donné lieu à une **multiplication des concertations**. Ainsi, chaque bailleur de fonds exige désormais « sa » propre concertation, pour chacune de ses mesures, selon le segment de la population qu'il souhaite toucher, le territoire, etc.

Cette situation se vit avec une certaine difficulté sur le terrain, dans la mesure où on assiste à la fragmentation des ressources et à la multiplication des lieux de planification et de décisions. De plus, les modalités de la concertation sont souvent prédéterminées en approche «Top-Down», ce qui est contraire à l'esprit du développement des communautés. Dans les faits, ce sont aussi souvent les mêmes organismes qui répondent à l'appel et se retrouvent autour des mêmes tables pour discuter à peu près de mêmes enjeux. Ceci multiplie évidemment le nombre de rencontres auxquelles doivent assister les responsables d'organismes, sans nécessairement être ceux qui en retirent le plus.

Au niveau local, les CSSS et les instances locales de concertation doivent de leur côté assumer une plus grande responsabilité pour coordonner les nombreux plans d'action et activités élaborés par chaque concertation.

Plus spécifiquement pour la dizaine de mesures de santé publique faisant appel aux partenariats locaux, les efforts consentis pour faciliter la réalisation des projets

financés représentent globalement un important **investissement en temps**. En fait, la contribution collective estimée n'est pas partout la même.

Certaines concertations intersectorielles se réunissent mensuellement tandis que d'autres ne se réunissent qu'une à deux fois par an, pour réaliser le bilan des activités de l'année et convenir de celles à venir.

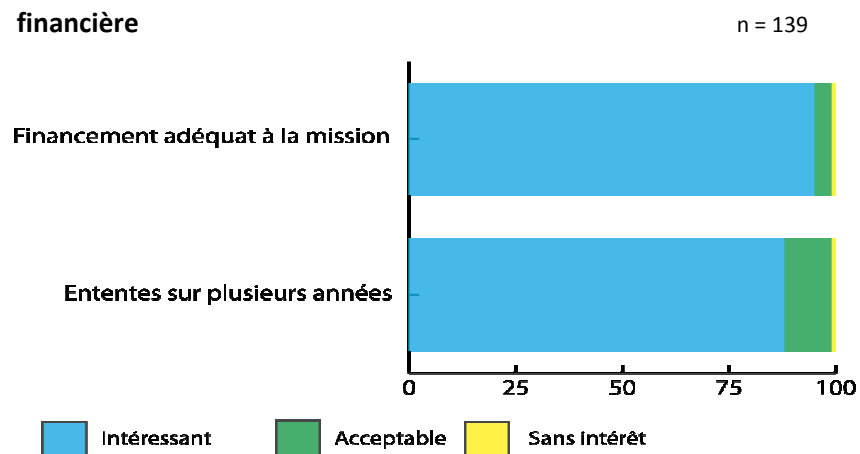
Cette flexibilité des concertations est appréciée, pourvu que les parties prenantes conviennent d'avance de ses objectifs, de la fréquence et du nombre nécessaire de rencontres pour réaliser les activités. Or, ce n'est pas toujours le cas. Et puisque la **présence** aux rencontres de concertation intersectorielle est, de l'avis des partenaires, **incontournable** et perçue comme obligatoire pour aspirer à obtenir un financement, les organismes communautaires se sentent coincés dans la gestion de leur temps et de leurs priorités.

Finalement, au sein de ces concertations, quelques personnes sont rémunérées pour leur contribution, mais la majorité ne l'est pas, ce type d'activités n'étant pas reconnu, selon les partenaires. Ceci constitue d'ailleurs une source de préoccupation importante pour 2/3 des partenaires, peu importe leur appartenance et s'explique dans le contexte où les organismes ne sont pas financés adéquatement pour réaliser leur mission.

Pistes de solution proposées par les partenaires

Les partenaires ont proposé des pistes de solution à explorer pour améliorer les partenariats en santé publique, tel que le montre le graphique suivant :

Graphique 8 : Pistes de solution pour améliorer les pratiques de gestion financière



Parmi les pistes de solutions proposées par les partenaires, le **financement adéquat** des organismes pour qu'ils puissent réaliser leur mission apparaît comme la solution désignée pour contourner le principal irritant. Elle reçoit l'aval de la quasi-unanimité des partenaires. Par contre, il existe un écart de perception entre la DSP, les CSSS et les organismes ou instances locales de concertation. Ainsi, le financement adéquat à

la mission est intéressante pour un peu plus de la moitié des représentants de la DSP, contre l'unanimité des partenaires des organismes et des CSSS.

Par contre, seulement 1 représentant de la DSP considère cette option sans intérêt, et 4 la trouvant acceptable. Une des craintes exprimées en rencontre, par les représentants de la DSP, est le désintéressement éventuel des organismes aux partenariats de santé publique, dans la mesure où ils seraient financés adéquatement. La DSP n'est par contre pas directement responsable du financement à la mission de base des organismes.

La deuxième proposition la plus populaire est de prévoir des **ententes de partenariat portant sur plusieurs années**, de façon à développer des projets à plus long terme. Encore une fois, cette piste apparaît d'intérêt pour la quasi-unanimité des organismes et des CSSS. Elle ne l'est par contre que pour 4/10 représentants de la DSP, quoique la moitié la considère aussi acceptable. Les quelques craintes exprimées lors des rencontres avec des représentants de la DSP s'avèrent intéressantes pour expliquer en partie cette réticence : si une telle mesure était mise de l'avant, la DSP pourrait-elle conserver une marge de manœuvre pour s'ajuster aux besoins changeants de la population? Comment, concrètement, serait-il possible de conclure des ententes sur plusieurs années, dans le cas des mesures à l'échelle nationale dont le financement est reconduit annuellement?

À l'échelle du programme régional de santé publique, la question demeure : comment au moins réduire les irritants liés au financement, qui fragilisent les organismes et, en conséquence, l'ensemble des partenariats en prévention et promotion de la santé?

En lien avec les solutions identifiées et explorées par les partenaires lors de la consultation, le comité tripartite a soumis, à la présentation des résultats du 2 février 2011, plusieurs pistes de solutions. Le travail en atelier a permis de regrouper certaines pistes et de réfléchir à leur priorisation. Le comité s'est inspiré de cet effort collectif pour rassembler les **propositions de pistes de solutions** présentées à la page suivante.

Les trois premières propositions liées à la révision des pratiques de gestion financière découlent directement des irritants identifiés. Leur mise en œuvre nécessitera une réflexion plus ou moins poussée quant aux façons de faire actuelles. De ce fait, elles représentent des degrés de difficulté variés. Lorsque applicables, les modifications seront enchâssées dans le cadre administratif sur les crédits accordés en fonction du programme régional de santé publique.

Des ententes triennales de financement existent déjà pour quelques programmes, même si elles sont soumises à l'approbation des crédits, chaque année. De plus, une proportion des fonds de santé publique dédiés aux CSSS a déjà été convertie avec

succès pour devenir récurrente, de façon à contourner les irritants mentionnés ci-dessus. Cette option ne semble ainsi pas hors de portée.

Enjeu 1 : Améliorer des éléments du processus de gestion financière	
#	PROPOSITIONS DE PISTES DE SOLUTION
1	Ajuster les pratiques de gestion financière:
1.1	Explorer la faisabilité d'une indexation annuelle des projets financés, qui prennent aussi en compte les besoins des populations.
1.2	Reconnaître certains frais de gestion aux organismes communautaires, pour la réalisation d'activités.
1.3	Pour la DSP, confirmer par écrit aux CSSS qu'ils peuvent procéder à des avances de fonds aux organismes et aux instances locales de concertation, en début d'année financière, comme prévu par la Loi sur la Santé pour les établissements du Réseau.
1.4	Dans le cadre du financement par projets ou par ententes des organismes communautaires et des instances locales de concertation, établir des critères afin d'identifier ceux qui pourraient au moins faire l'objet d'ententes triennales ¹⁰ , et ajuster les mécanismes de suivi en conséquence.
1.5	Explorer la possibilité de reconnaître les frais associés à la participation aux rencontres de concertation.

Enfin, la piste de solution touchant la reconnaissance financière à la participation aux concertations nécessitera sans doute que les partenaires conviennent à l'échelle de chaque milieu des objectifs de concertation en santé publique, de la fréquence et du nombre nécessaire de rencontres pour réaliser les activités. Les ateliers du 2 février 2011 ont permis des échanges sur diverses façons de concrétiser cette solution. Ainsi, des jetons de présence pourraient par exemple être envisagés. D'autres proposent de

¹⁰ Un accord de coopération pour un programme de soutien communautaire au logement est présentement en développement à l'Agence de Montréal, et pourrait servir de modèle.

limiter les investissements en temps et argent pour les petits organismes en se dotant d'un agent de liaison pour les représenter.

En plus de cette reconnaissance financière, les organismes communautaires et les CSSS ont exprimé la nécessité pour les bailleurs de fonds de travailler à partir des structures de concertation déjà en place dans les quartiers, pour éviter les dédoublements et la démobilitation en résultant parfois.

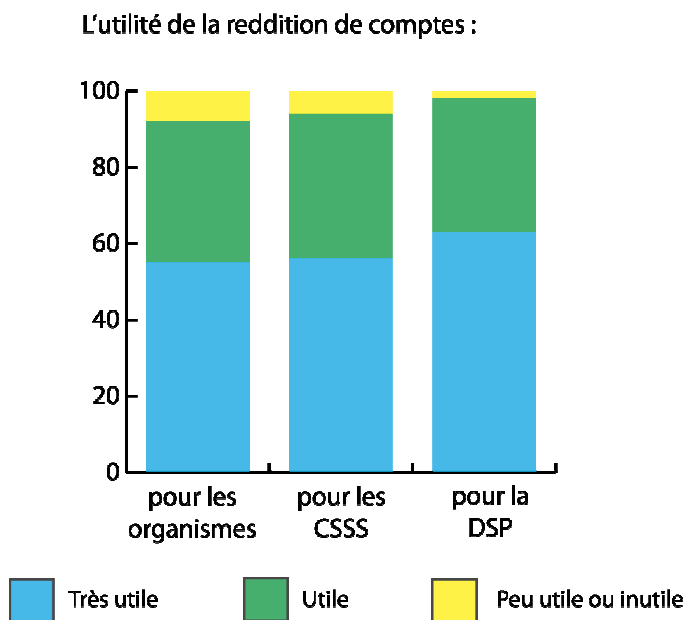
L'ajustement des pratiques de gestion financière constitue la première proposition de pistes de solution de l'enjeu portant sur l'amélioration des éléments du processus de gestion financière. Elle comprend les cinq propositions ci-dessus, qui devront de l'avis du comité tripartite être évaluées attentivement dans la prochaine année.

La prochaine section porte sur l'autre dimension de la gestion financière qui nécessite une réflexion en vue d'améliorer les partenariats en santé publique : la reddition de comptes et la valorisation des activités.

2. La reddition de comptes et la valorisation des activités

La quasi-unanimité des partenaires convient de l'utilité de la reddition de compte. Cette reddition de compte est utile au même degré pour chaque partie prenante au partenariat, tel que le démontre le graphique suivant :

Graphique 9 : La reddition de compte est-elle utile aux organismes, aux CSSS et à la DSP? n = 136

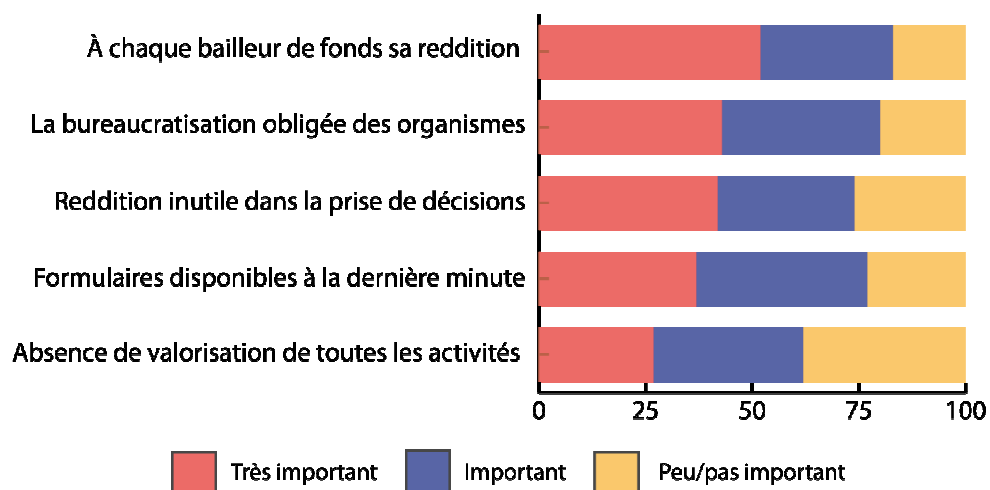


Par contre, la vaste majorité des partenaires (8/10) considèrent que la reddition ne permet pas aux décideurs pour prendre des décisions éclairées. Les partenaires ont à plusieurs reprises déploré le fait qu'aucun responsable de programme ne semble prendre connaissance des commentaires et recommandations formulés chaque année par les groupes lors de l'exercice de reddition de compte.

La reddition de compte ne permet pas non plus de faire valoir l'ensemble des activités, ni de mesurer les impacts à plus long terme des actions réalisées, tel que le montre le graphique suivant. Il y a par contre divergence quant à l'importance relative de ces irritants. La quasi-unanimité des représentants du réseau public – les CSSS et la DSP— sont très agacés ou agacés du fait que la reddition ne fasse pas valoir l'ensemble des activités, ni ne permette de mesurer l'impact à long terme des interventions. Le 1/3 des organismes le voit de leur côté comme un élément peu ou pas important.

Graphique 10 : Principaux irritants liés à la reddition de compte

n = 134



À Montréal, plusieurs bailleurs de fonds financent des organismes pour réaliser des interventions portant sur les déterminants de la santé. Or, chacun développe son propre mécanisme de reddition de compte. Cette pratique ressort comme une contrainte très importante ou importante pour la vaste majorité des partenaires, parce qu'elle alourdit sensiblement la tâche des organismes. De plus, les nombreuses exigences administratives liées à la reddition de compte contribuent à la bureaucratisation des organismes, et sont de ce fait un irritant pour les des partenaires. Dans une même proportion, la disponibilité tardive des formulaires à compléter agace.

Ceci étant, il importe de préciser que les préoccupations liées à la reddition de compte sont moins marquées que celles liées au financement, pour ce qui est de l'intensité exprimée.

Pistes de solution proposées par les partenaires

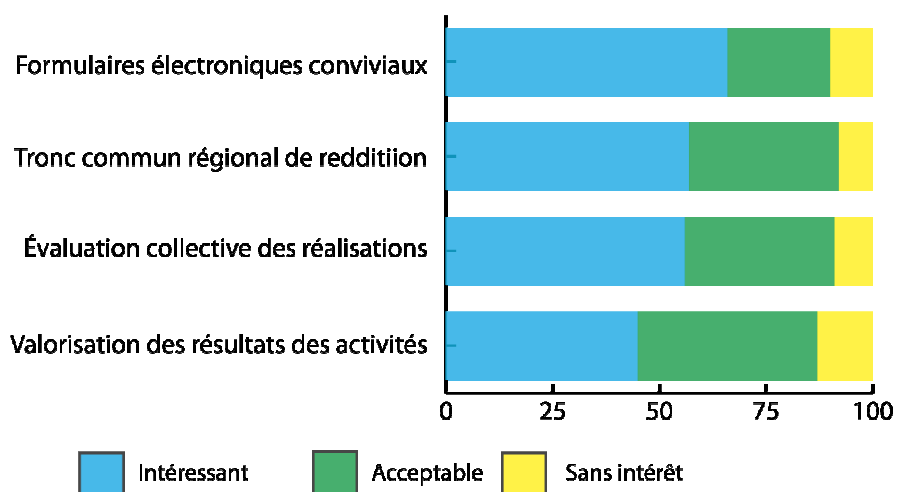
Parmi les solutions imaginées par les participants, le graphique suivant reprend celles qui ont obtenu le plus important soutien. À l'instar des irritants qui y sont associés, les pistes de solution pour améliorer les processus de reddition de compte soulèvent moins l'enthousiasme. Au premier rang en terme d'intérêt se trouve la création de formulaires électroniques conviviaux.

Cette proposition est suivie du développement d'un tronc commun de reddition de compte à l'échelle régionale, dans le respect des obligations respectives des bailleurs de fonds.

Au même niveau d'intérêt apparaît ensuite la piste visant à profiter périodiquement de l'exercice de reddition de comptes pour évaluer collectivement et de façon

approfondie les réalisations. Ici par contre, contrairement aux solutions proposées précédemment, il existe un écart selon les partenaires : les des représentants du réseau public – CSSS et DSP — trouvent intéressant d’explorer cette piste, contre la moitié du côté des organismes. Ces derniers ne rejettent pas pour autant la proposition, la trouvant même acceptable. Ce positionnement reflète par contre quelques-unes des résistances exprimées lors des rencontres de groupes, tant quant au choix des critères et indicateurs retenus qu’au poids éventuel de ce type d’évaluation dans l’obtention du financement.

Graphique 11 : Pistes de solutions liées à la reddition de compte n = 138



Encore une fois, le comité tripartite s’est inspiré des solutions identifiées lors de la consultation pour proposer aux participants du 2 février 2011 des pistes de solutions. Donnant suite aux discussions des ateliers, le comité a cheminé pour faire les **propositions** présentées à la page suivante.

Ces pistes de solutions comportent des dimensions de gestion fort complexes, comme les partenaires en ont eux-mêmes fait état, lors de la consultation. Elles font également appel à des parties prenantes extérieures aux partenariats dans le cadre du programme régional de santé publique, les autres bailleurs de fonds. Les propositions nécessiteront donc d’être évaluées et développées davantage, et les CSSS et organismes souhaitent avoir l’opportunité de contribuer à la réflexion.

Enjeu 1 : Améliorer des éléments du processus de gestion financière

#	PROPOSITION DE PISTES DE SOLUTION
2.	Simplifier la reddition de compte et faire valoir l'action locale communautaire :
2.1	Pour les partenaires, s'entendre sur les façons d'évaluer collectivement et de faire valoir la portée de l'action locale communautaire dans le cadre du programme régional de santé publique et dans le respect de l'autonomie des organismes.
2.2	Évaluer la possibilité de développer un tronc commun de reddition de compte entre les bailleurs de fonds œuvrant en prévention et promotion de la santé.
2.3	Préparer des formulaires simples pour la reddition de compte et s'assurer que les organismes les reçoivent en début l'année, et qu'ils en saisissent l'utilité.
2.4	Trouver des façons d'atténuer les impacts de la présence de multiples bailleurs de fonds qui interpellent les mêmes partenaires locaux, pour réaliser des projets similaires : Arrondissements, Ministères, Agence, DSP, fondations privées

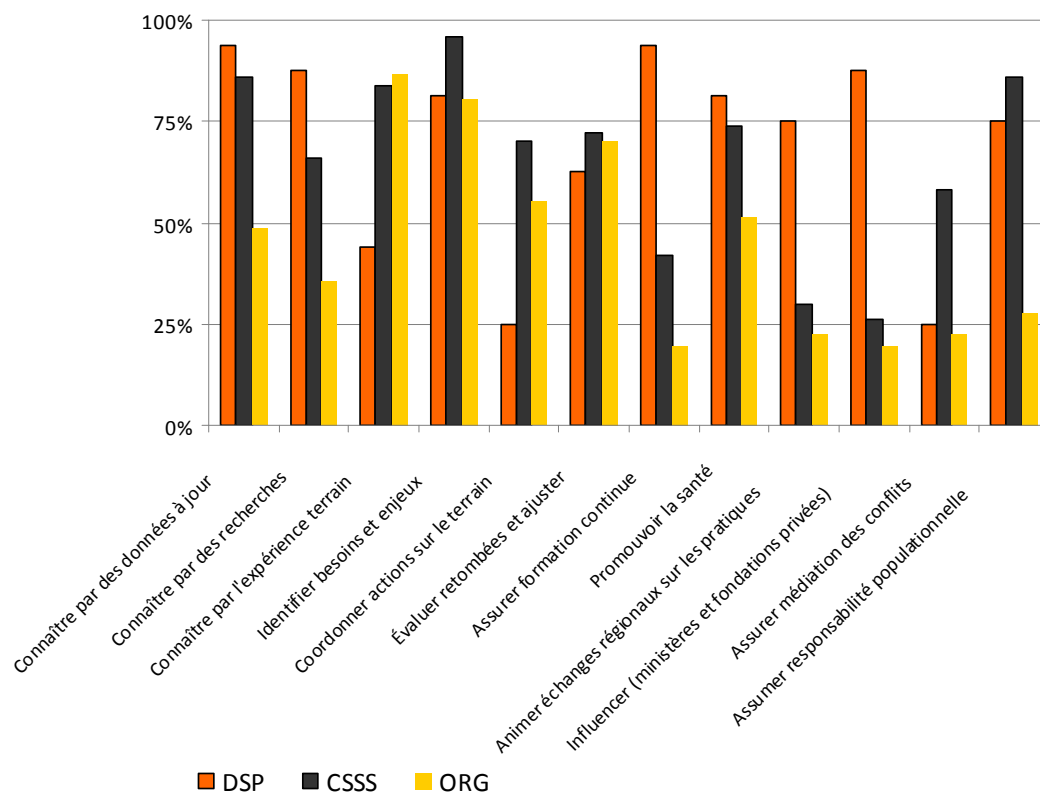
Le présent chapitre a permis de démontrer que l'enjeu soulevé par le manque de financement et les pratiques de gestion financière suscite de loin le plus de préoccupations. Les deux chapitres suivants présentent les deux autres grands enjeux dégagés, en lien cette fois avec les pratiques de collaboration. De l'avis de plusieurs partenaires, ces enjeux sont aussi importants à considérer, pour établir un véritable partenariat.

ENJEU 2 : Clarifier les rôles et responsabilités des partenaires, dans le cadre du programme régional de santé publique.

Lors de la tournée de consultation, les partenaires ont évoqué les différentes responsabilités qu'ils considèrent du ressort de leur propre organisation. Ces énoncés ont été recueillis et ensuite soumis à l'appréciation de l'ensemble des partenaires, par le biais du questionnaire en ligne. Le graphique suivant permet d'illustrer de façon éloquent la perception quant aux différentes **responsabilités** que doit assumer chaque partenaire pour assurer le bon fonctionnement des partenariats.

Force est d'abord de constater l'imposante quantité de responsabilités associées à la mise en œuvre des partenariats en santé publique, selon les partenaires eux-mêmes :

Graphique 12 : Perception des responsabilités en santé publique qu'ont les partenaires de leur propre organisation n = 182



Quelques champs de responsabilités semblent plus précisément du ressort d'un des 3 partenaires, sur le plan des perceptions de chacun bien sûr. Par exemple, la quasi-unanimité à la DSP pense qu'il est de la responsabilité de cette dernière :

- de bien connaître la population et le territoire, par sa capacité à maintenir des données à jour;
- d'assurer la formation continue relativement aux enjeux de santé;
- d'animer des échanges sur les pratiques locales, à l'échelle régionale;

- d'exercer un rôle d'influence en prévention et promotion de la santé, auprès des autres ministères et fondations privées.

La très large majorité des CSSS s'entendent pour affirmer que les responsabilités suivantes incombent à leur organisation :

- Identifier les besoins et les enjeux prioritaires de la population et du territoire;
- Bien connaître la population et le territoire, par l'expérience terrain et par la capacité à maintenir des données à jour;
- Assumer une responsabilité populationnelle pour le développement de la santé et du bien-être.

Dans une proportion semblable, les trois groupes de partenaires considèrent par ailleurs qu'il est de la responsabilité de leur organisation :

- d'identifier les besoins et les enjeux prioritaires de la population et du territoire;
- d'évaluer les retombées des actions et ajuster les interventions.
- Les organismes semblent converger vers les responsabilités suivantes :
- bien connaître la population et le territoire, par votre expérience terrain;
- identifier les besoins et les enjeux prioritaires de la population et de votre territoire.

Enfin, les partenaires sont plus réservés pour confier à leur organisation la médiation des conflits qui subviennent parfois entre partenaires à l'échelle locale. Ceci s'explique étant donné qu'il n'existe pas de mécanisme de gestion des mésententes en ce moment. Par contre, les désaccords existent bel et bien dans ce partenariat très complexe. Voilà sans doute ce pour quoi un nombre marqué de partenaires a indiqué leur intérêt à en mettre un en place.

Des rôles et responsabilités difficiles à cerner

De la consultation, il ressort que les rôles et responsabilités de chacun dans les partenariats sont une source de confusion, qui constitue un irritant important pour la majorité des partenaires. Qu'ils soient représentants d'organismes, de CSSS ou de la DSP, « qui fait quoi? » et « qui est imputable de quelles sommes d'argent et de quelles activités? » sont les questions qui reviennent souvent. Or, l'absence de réponse claire génère un inconfort important dans la façon de travailler ensemble, et ce, pour deux partenaires sur trois, comme le montre le graphique suivant :

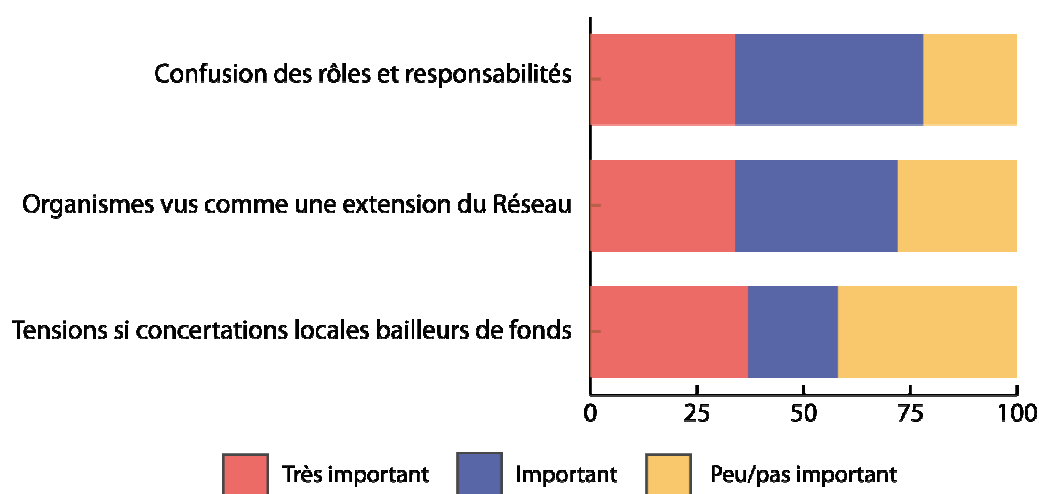
Il devient donc difficile pour les parties prenantes de s'approprier leur domaine et de reconnaître celui des autres partenaires. Cette difficulté entraîne des embûches bien concrètes sur le terrain, lorsqu'on tente de réaliser des activités de façon complémentaire. Tandis que les organismes s'inquiètent de leur autonomie, les

concertations locales et les CSSS jonglent tant bien que mal avec ces flous et en subissent parfois les conséquences, comme nous le verrons plus en détail ci-après.

Pour les CSSS, de multiples rôles à assumer, parfois difficiles à concilier

La consultation fait clairement ressortir que la forte majorité des CSSS souhaitent assumer leur responsabilité populationnelle, en exerçant un droit de regard sur les activités de santé publique financées sur leur territoire. Parmi eux cependant, certains conjuguent difficilement leur rôle d'appui au développement des communautés avec celui de « contrôle de la qualité » des activités réalisées par les organismes. En effet, lorsque ces responsabilités sont exercées à l'échelle locale par une seule personne, celle-ci peut rapidement se trouver dans une délicate situation où ses responsabilités se cumulent et s'entremêlent. Par exemple, un organisateur communautaire peut aider une concertation intersectorielle à identifier et prioriser et les besoins locaux et formuler les critères de sélection des projets prioritaires; aider à rédiger l'appel d'offres; appuyer un organisme spécifique dans la préparation d'une demande; et enfin animer le comité responsable d'analyser le bien-fondé des projets, voire être membre de ce comité. Prise séparément, chacune de ces activités est tout à fait justifiée. Ensemble, elles créent beaucoup de confusion et parfois même des tensions, localement.

Graphique 13 : Irritants en lien avec la clarification des responsabilités n = 134



La préoccupation quant à l'autonomie du mouvement communautaire

Le fait de considérer les organismes comme une extension du réseau de la santé et des services sociaux constitue une autre source de désagrément important pour la très forte majorité de partenaires, peu importe leur groupe d'appartenance. Il s'agit bien sûr là d'une préoccupation de longue date et qui remonte aux toutes premières relations partenariales entre le Gouvernement et le mouvement communautaire. Le fait de maintenir le flou quant aux rôles et responsabilités de chaque partie continue par contre d'inquiéter les organismes quant à leur réelle autonomie, et en corollaire, à leur capacité d'établir des partenariats dans un rapport de force qui se veut équilibré.

La nécessaire précision du mandat des concertations locales

La moitié des partenaires sont préoccupés du fait que certaines concertations locales se retrouvent dans le rôle de bailleur de fonds, en choisissant les projets à financer. Ceci engendre en retour des tensions entre les partenaires. En effet, malgré les efforts consentis par les concertations pour se doter de critères de sélection clairs et de mécanismes d'attribution transparents, les résultats demeurent parfois perçus comme arbitraires.

Dans ce contexte, les différentes trajectoires de fonds¹¹ ajoutent davantage à la confusion, en particulier lorsqu'elles coexistent sur le même territoire et qu'elles appellent des façons de faire très différentes pour une même organisation. En effet, à partir de ces deux principales trajectoires de fonds, plusieurs variantes se sont développées, sur l'île de Montréal.

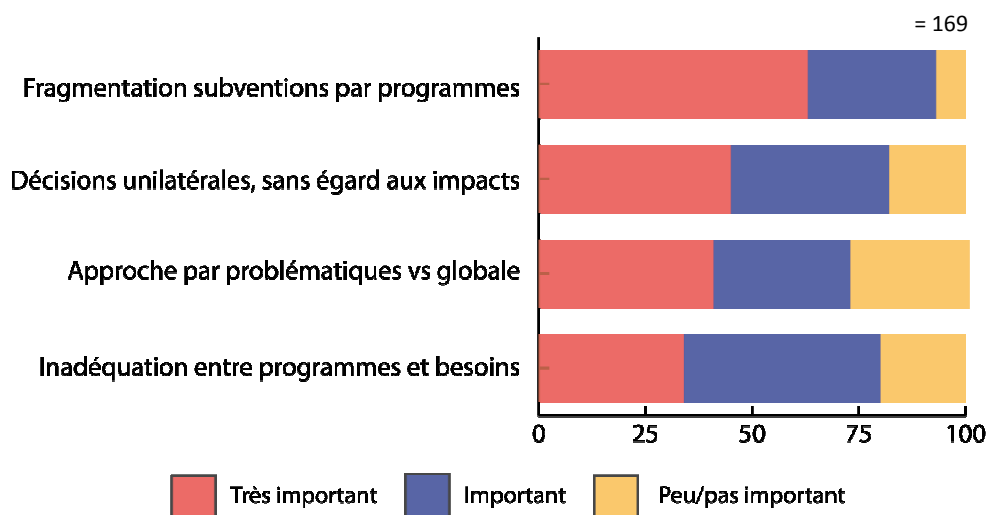
Ces variantes sont en général bien accueillies, car elles permettent la prise en compte des dynamiques locales et la possibilité d'investir les crédits de santé publique selon les priorités du milieu. Par contre, certains partenaires se questionnent sur leur propre degré d'imputabilité quant aux crédits alloués par le biais des instances de concertation locale. Ici encore, l'absence de clarté dans les rôles et responsabilités génère une confusion.

L'attribution du financement : des mécanismes complexes et préoccupants

Peu importe les territoires, les trajectoires de fonds et leurs variations développées localement pour accorder les subventions, les partenaires ont aussi exprimé plusieurs préoccupations entourant les modalités d'attribution du financement :

¹¹ Les trajectoires de fonds décrivent la façon dont le financement est accordé aux organismes communautaires et instances locales de concertation. La **trajectoire 2** décrit le financement de la DSP qui transite par les CSSS vers les organismes. La **trajectoire 3** concerne les fonds qui sont directement alloués par la DSP aux organismes. Les entretiens avec les partenaires ont permis de préciser ces différentes modalités d'attribution, à l'échelle de l'île de Montréal. Chacune est présentée au chapitre 3.5 intitulé : Les trajectoires de fonds destinés aux organismes.

Graphique 14 : Principaux irritants liés aux modalités d’attribution du financement



D’abord, certains critères ou certaines pratiques attachées au financement sont perçus comme discutables, voire arbitraires :

- Le **financement régressif** qui, même s’il est rare pour les fonds de santé publique, demeure une source d’agacement pour la quasi-unanimité des partenaires. Il préoccupe en particulier les CSSS et les organismes;
- Le **changement de priorités** de la santé publique, sans préavis suffisant, place des organismes déjà fragiles en situation précaire, au détriment de la population desservie. La plupart des partenaires expriment un mécontentement important face à cette situation (8/10);
- Le fait de devoir d’abord obtenir un financement en provenance d’une autre mesure ou d’un autre programme, comme **condition préalable** à l’obtention du financement de la DSP indispose de façon importante la majorité des partenaires (7/10). Cependant, tandis que la moitié des CSSS et des organismes considère cet irritant très important, il est au contraire peu ou pas important pour six représentants sur dix, à la DSP (6/10).

Certaines **tensions** entre des groupes censés travailler ensemble surviennent aussi lorsque les concertations locales sont responsables de l’attribution des fonds. Les partenaires semblent par contre partagés quant à l’importance de cette tension. Alors qu’elle apparaît très importante pour le tiers d’entre eux, elle n’est que peu ou pas importante pour 4/10.

Le **manque de transparence** dans le processus d’attribution mécontente 6/10 partenaires. En réalité, le manque de transparence n’est pas un problème généralisé sur le territoire. Par contre, une perception de complexité persiste, et ce, peu importe le type de partenaires. Les impacts de cette perception doivent être pris au sérieux.

La situation actuelle soulève en effet des doutes quant à la neutralité de certains décideurs et peut même placer des personnes de bonne volonté en situation d'apparence de conflit d'intérêts, autant de freins au bon fonctionnement des partenariats;

Enfin, ces nombreux irritants contribuent à établir un climat de **méfiance mutuelle** dans certains territoires, **et des mésententes en résultent parfois**, entre les partenaires. Or, aucun mécanisme n'existe pour aider les partenaires en désaccord à trouver une façon de résoudre ces conflits.

Pistes de solution proposées par les partenaires

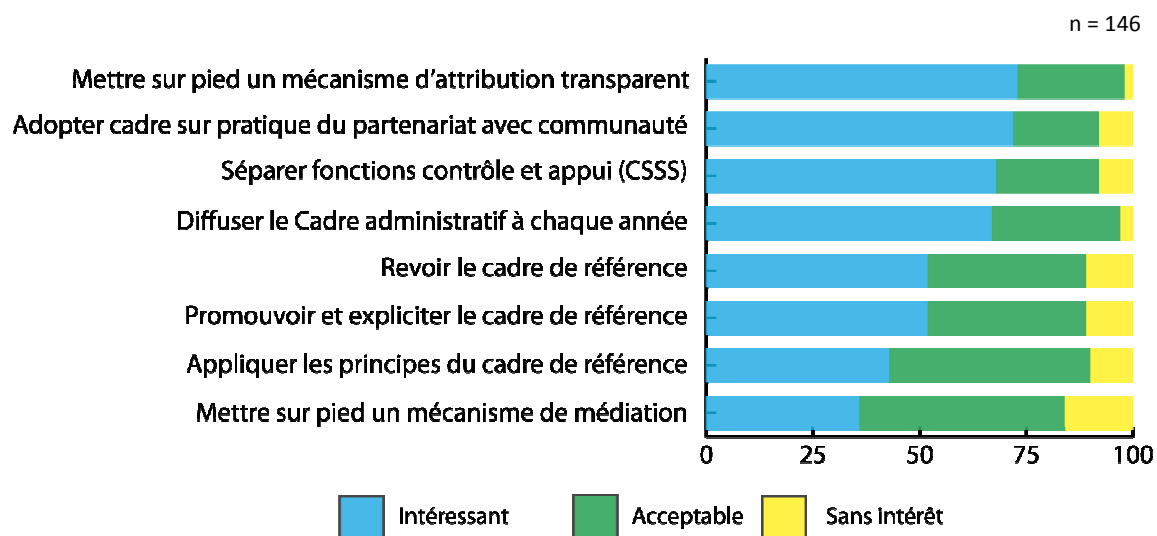
Encore une fois, dans la perspective de contrer les préoccupations en lien avec la complexe notion des rôles et responsabilités, les partenaires proposent plusieurs pistes de solutions. Certaines portent sur la diffusion, le respect et l'application des outils en vigueur, soit le cadre de référence sur le partenariat de l'Agence et le cadre administratif sur les crédits alloués de la DSP.

Les partenaires proposent également la mise à jour de ces outils ainsi que le développement de nouveaux documents-cadres, portant entre autres sur la pratique du partenariat avec la communauté. Cette dernière piste reçoit d'ailleurs l'aval de la très grande majorité des répondants et est une pratique de plus en plus courante dans les faits, sur le territoire montréalais.

Une autre piste porteuse, pour trois partenaires sur quatre cette fois, consiste à élaborer et mettre en œuvre un mécanisme d'attribution du financement transparent. Il y a d'ailleurs convergence dans l'intérêt porté à cette piste de solution, entre les catégories de partenaires. Fait intéressant, les partenaires semblent plus divisés sur le choix de la trajectoire qui favoriserait la transparence des mécanismes d'attribution.

Enfin, le mécanisme de gestion des conflits possibles reçoit un appui plus nuancé par les partenaires. Il s'agit peut-être là de l'expression d'une certaine méfiance à l'égard de ce type de mécanisme mis en place, tel qu'il est ressorti lors des ateliers de discussion organisés le 2 février 2011.

Graphique 15 : Solutions en lien avec la clarification des rôles et responsabilités



En lien avec les solutions identifiées et explorées par les partenaires lors de la consultation, le comité tripartite a soumis, à la présentation des résultats du 2 février 2011, plusieurs pistes de solutions. Le travail en atelier a permis de regrouper certaines pistes et de réfléchir à leur priorisation. Encore une fois, le comité s'est inspiré de cet effort collectif pour rassembler les **propositions de pistes de solutions suivantes**, au regard du deuxième enjeu identifié :

Enjeu 2 : Clarifier les rôles et responsabilités des partenaires, dans le cadre du programme régional de santé publique	
#	PROPOSITIONS DE PISTES DE SOLUTION
3.	De concert avec les parties prenantes, prévoir un mécanisme de clarification des rôles et responsabilités des partenaires , incluant l'attribution des fonds et la reddition de compte.
4.	Veiller à ce que les projets, mesures et politiques mis en place dans le cadre du programme régional de santé publique soient en conformité avec la Politique de l'action communautaire autonome

5.	Utiliser l'opportunité de la révision du cadre de référence sur les partenariats de l'Agence pour élaborer et intégrer les dimensions éthiques à respecter en ce qui a trait à l'attribution du financement , dans le cadre d'ententes de services ou de projets.
6.	Mettre en place un mécanisme de gestion des mésententes qui peuvent survenir entre les partenaires, dans le cadre du programme régional de santé publique.

Le mécanisme de clarification des rôles et responsabilités devra bien sûr respecter les lois en vigueur. Il devra aussi s'ancrer dans les grands principes du cadre de référence sur les partenariats de l'Agence. Enfin, le mécanisme devra permettre d'identifier les éléments de confusion, pour trouver des façons appropriées de les traiter. Lorsque pertinent, les travaux seront progressivement enchâssés dans le cadre administratif sur les crédits alloués dans le cadre du programme régional de santé publique. Ces travaux serviront également de base de réflexion à la mise à jour du cadre de référence sur les partenariats de l'Agence

La proposition 4 résulte des réflexions en atelier, le 2 février 2011. La politique gouvernementale intitulée ***L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*** reconnaît explicitement l'autonomie des groupes, ce qui engage tout l'appareil gouvernemental à faire de même.

La diffuser et l'explicitier apparaît comme une nécessité, dans le contexte où elle semble méconnue. Se l'approprier pour devenir collectivement responsables de veiller à ce qu'elle soit respectée dans les relations partenariales devient aussi une obligation collective.

La révision prévue du cadre de référence sur les partenariats de l'agence représente l'occasion de préciser les dimensions éthiques à considérer, entre autres dans l'attribution du financement.

Enfin, la proposition 6 portant sur la mise en place d'un mécanisme de gestion des mésententes, des travaux¹² sont déjà prévus par le Comité régional de liaison entre l'Agence, les CSSS et les organismes communautaires. Cependant, le mécanisme de gestion des mésententes dans le cadre du programme régional de santé publique devra comporter des spécificités, en raison de sa nature tripartite. Les préoccupations

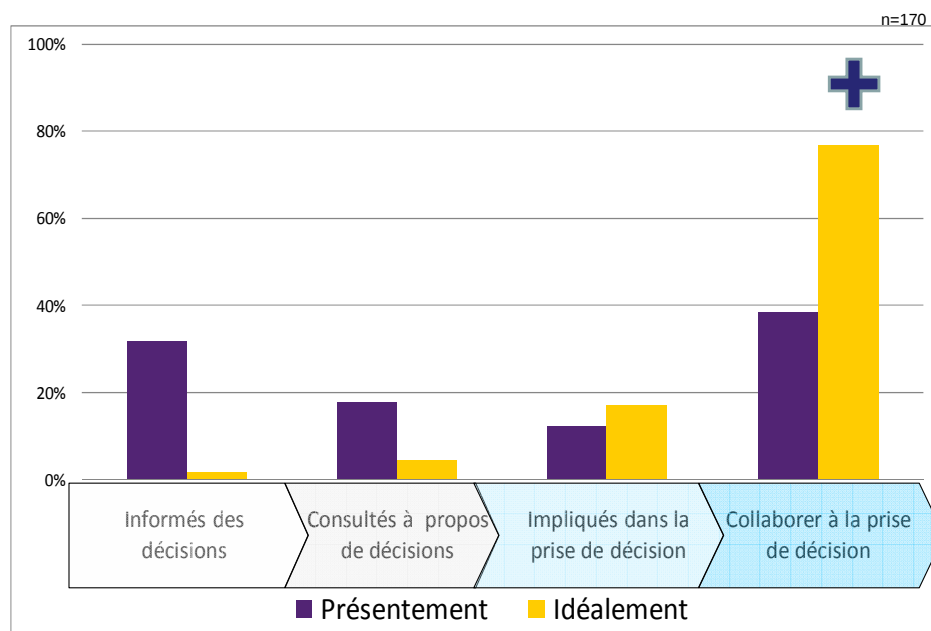
¹² Voir objectif 6 du plan d'action 2010-2011.

nommées lors de la présente consultation devront ainsi être intégrées en vue d'adapter le mécanisme en question aux relations partenariales de la DSP, des CSSS et des organismes, compte tenu entre autres des différentes trajectoires de fonds et dans le respect des spécificités locales. Sans doute faudra-t-il décrire plus précisément la forme que pourrait prendre un tel outil de médiation avant de le soumettre à la discussion. Les CSSS et les organismes souhaitent contribuer à la réflexion sur ce point.

ENJEU 3 : Reconnaître l'expérience du milieu.

Les partenaires ont bien exprimé la nature de la collaboration qu'ils souhaitent développer, en se positionnant sur l'échelle incrémentale présentée dans le graphique suivant :

Graphique 16 : Nature de la collaboration, présentement et idéalement



De gauche à droite, soit du niveau d'implication le plus faible dans la prise de décision jusqu'au niveau le plus fort, voici le libellé des propositions faites aux partenaires issus du questionnaire en ligne :

- Nous sommes **informés** des décisions prises par nos partenaires;
- Nous sommes **consultés** à propos de décisions prises, pour lesquelles on demande notre avis;
- Nous sommes **impliqués** dans la prise de décision, c.-à-d. nous évaluons différentes solutions nous formulons une recommandation;
- Nous **collaborons** à la prise de décision, c.-à-d. nous participons à identifier les enjeux ou à trouver différentes solutions ou à choisir la meilleure solution.

Alors qu'à l'heure actuelle, les partenaires s'estiment peu parties prenantes à la prise de décision, une très forte majorité d'entre eux **souhaite y collaborer directement**, dans un monde idéal (8/10).

C'est ce que reflète le troisième enjeu de ce partenariat : la reconnaissance de l'expérience du milieu, d'une part **pour bien documenter les besoins de la**

population, d'autre part, pour la **mettre à profit dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du programme de santé publique**.

Des besoins bien documentés en incluant l'expérience terrain

De l'avis d'une majorité d'organismes communautaires et de CSSS, de plus en plus de personnes vivent des difficultés complexes et multiples qu'il est difficile de documenter par le seul biais des données probantes, ou encore selon l'utilisation exclusive d'une seule approche scientifique.

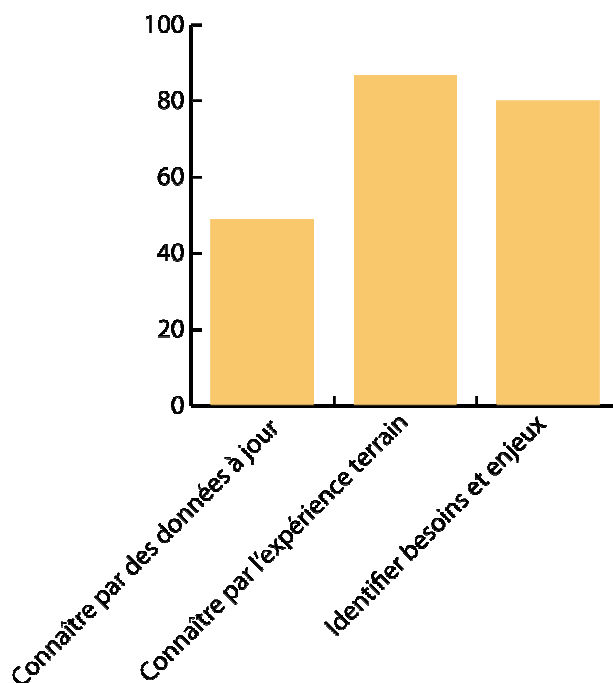
... des organismes communautaires près de la population...

Les organismes communautaires s'estiment près de la population et donc en bonne position pour contribuer au développement des connaissances concrètes sur ses besoins, tel que le montre le graphique suivant. Ainsi, la très vaste majorité des représentants d'organismes (9/10) considèrent qu'il est de la responsabilité de leur organisation de bien connaître la population et le territoire, par leur expérience terrain. La très grande majorité des organismes jugent également être en bonne position pour identifier les besoins et enjeux prioritaires des personnes sur un territoire donné. En fait, les organismes ont souvent des grilles d'analyse différentes de celles des scientifiques traditionnels, pour tenter de comprendre les phénomènes sociaux. Cette « autre » production de connaissance et cette analyse peuvent en retour mener à des solutions différentes, voire divergentes de celles mises de l'avant par l'approche préconisée par le Réseau.

C'est dans cette perspective que les représentants d'organismes ont maintes fois mentionné, au fil de la consultation, leur souhait d'être davantage reconnus et mis à contribution. La quasi-unanimité d'entre eux considère d'ailleurs très important de s'outiller pour demeurer à l'affût des besoins de la population.

Graphique 17 : Responsabilités actuelles perçues par les organismes, en lien avec l'identification des besoins

n = 173

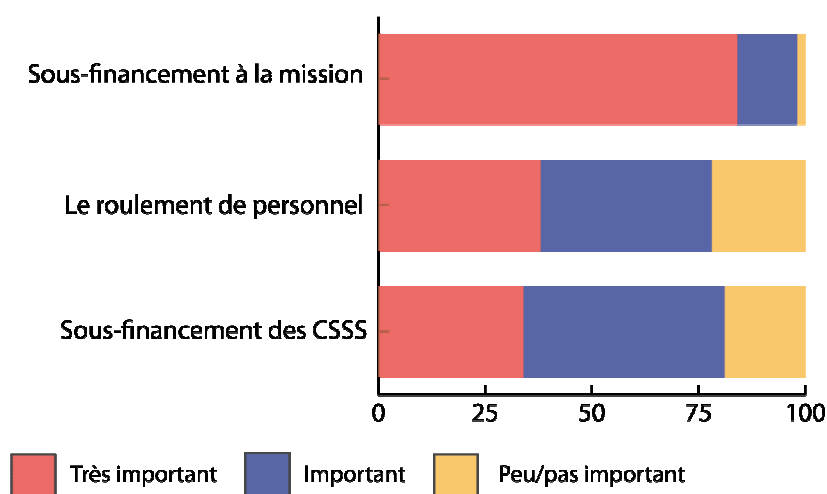


Par contre, les principaux freins des organismes à cette contribution souhaitée sont la surcharge et le sous-financement. En effet, la quasi-unanimité des partenaires juge que les sommes consenties demeurent largement insuffisantes pour répondre aux besoins existants et aux besoins émergents, ce qui représente une contrainte de taille.

Les conséquences concrètes de cette surcharge et de ce sous-financement sont nombreuses. L'épuisement des travailleurs et travailleuses œuvrant dans des conditions précaires et sans sécurité figure parmi ceux-ci et produit en retour divers freins à la volonté exprimée de bien documenter les besoins et enjeux du territoire et de la population. L'épuisement a pour corollaire le roulement de personnel qui entraîne à son tour la perte de cette connaissance fine du milieu, de sa culture et de son histoire.

Il importe aussi de rappeler que le succès d'un partenariat repose en grande partie sur les relations interpersonnelles, qui se tissent au fil du temps et des complicités découlant de réalisations collectives. Or, le roulement de personnel fragilise les liens et requiert une adaptation constante et énergivore des partenaires à l'arrivée de nouvelles recrues. Ainsi, sur certains territoires où il faut sans cesse reconstruire le partenariat, il est permis de s'inquiéter de l'impact du roulement de personnel sur la santé de la population.

Graphique 18 : Principaux freins en lien avec la volonté locale de bien documenter les besoins n= 154



... et l'expérience terrain des CSSS

Les CSSS considèrent de leur côté qu'il est de leur responsabilité d'identifier les besoins de leur population. Certains se heurtent par contre à des difficultés pour y arriver, faute de moyens ou de savoir-faire. À l'instar des organismes, la majorité des CSSS souhaitent être davantage mis à contribution pour documenter les besoins, à partir de leur propre expérience sur le terrain. Ils doivent par contre conjuguer avec des réductions de dépenses importantes et des départs à la retraite, tout en s'acquittant de leur responsabilité populationnelle croissante. Les conséquences concrètes de ces contraintes sont ainsi essentiellement les mêmes que pour les organismes communautaires, soit la perte de connaissance fine du milieu et la nécessaire et énergivore reconstruction des partenariats.

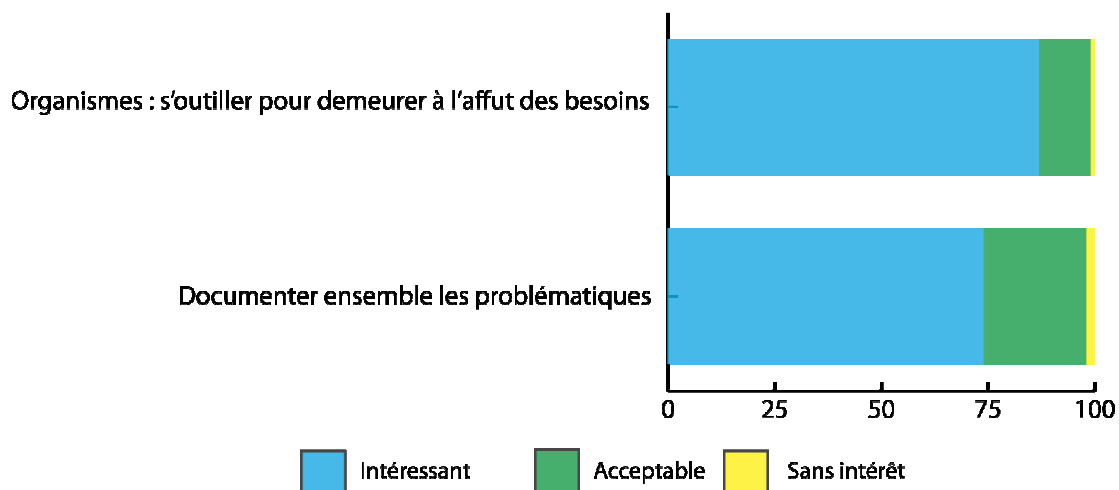
Pistes de solution proposées par les partenaires

En lien avec l'identification des besoins, les pistes de solution proposées par les partenaires lors de la tournée de consultation ont été soumises à l'appréciation des partenaires par le biais du questionnaire électronique. Deux (2) pistes sont jugées intéressantes à explorer, telles que représentées au tableau 15 :

« Pour les organismes, demeurer à l'affût des besoins du milieu » apparaît comme une solution incontournable pour la quasi-unanimité des partenaires oeuvrant en santé publique. La DSP est toutefois divisée sur l'intensité de l'intérêt à porter à la solution : la moitié trouve en effet la solution intéressante et l'autre moitié la trouve acceptable. Par contre, personne ne la trouve sans intérêt.

« Travailler ensemble et de façon complémentaire pour décrire et documenter les problématiques émergentes de santé » est une piste de solution intéressante à explorer pour le des partenaires, ce peu importe l'appartenance des partenaires.

Graphique 19 : Pistes de solution en lien avec l'identification des besoins n=149



Encore une fois, le comité tripartite s'est inspiré des solutions identifiées dans la consultation, incluant certains commentaires recueillis lors des ateliers du 2 février 2011, pour dégager **proposition de piste de solution** suivante :

ENJEU 3 : Reconnaître l'expérience du milieu	
#	PROPOSITION DE PISTE DE SOLUTION
7	Impliquer les organismes communautaires, leurs regroupements, les instances locales de concertation, la population et les CSSS dans l'identification des besoins des communautés, afin de partager la connaissance des problématiques vécues et de développer une compréhension commune des enjeux. Ceci supposerait cependant de reconnaître financièrement cette contribution et de dégager les ressources nécessaires.

Cette proposition reflète la forte volonté exprimée par les organismes et les CSSS de contribuer activement au processus d'identification des besoins. La définition des problématiques d'un milieu est en effet considérée comme l'étape qui influence le plus le choix des solutions, ultérieurement, d'où la volonté d'y participer.

Une réflexion plus poussée s'avère sans contredit indispensable pour réfléchir concrètement à la meilleure façon de faire. Cette réflexion devra conjuguer avec des

dimensions telles la surcharge des ressources actuelles et la nécessaire reconnaissance financière de la contribution de l'expérience locale pour mieux identifier les besoins. Les organismes et les CSSS souhaitent participer à cette réflexion.

Autre préoccupation : l'expérience du milieu et l'élaboration des programmes

Au-delà des frustrations liées à la faible reconnaissance de l'expérience du milieu pour documenter les besoins, les parties prenantes au niveau local se disent également préoccupées des dimensions entourant l'élaboration des mesures de santé publique.

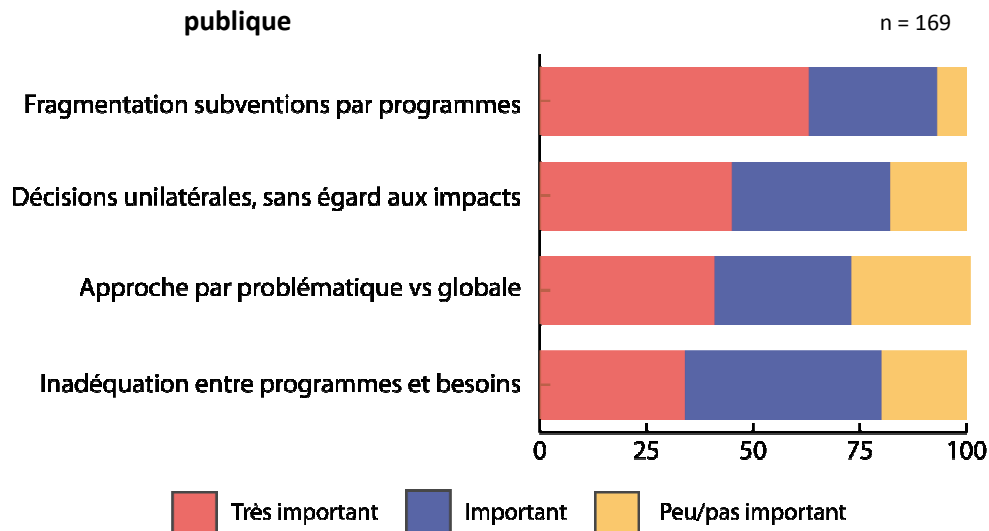
D'abord, ces mesures sont pour l'instant conçues et développées à l'échelle régionale - voire nationale - presque sans la contribution des CSSS, organismes communautaires ou instances locales de concertation. Or, cette approche « Top-Down » et les décisions unilatérales qui en résultent agacent les partenaires (3/4), et comportent 2 grands irritants :

Il en résulte parfois une inadéquation entre les **besoins** des populations et les **mesures élaborées**, ce qui constitue un irritant important (8/10), comme le montre le graphique suivant. Du point de vue des organismes, cette inadéquation découle des **approches d'intervention privilégiées**¹³ dans le développement des mesures de santé publique. Ces approches correspondent à des schèmes de valeurs qui sont parfois en rupture avec celles du milieu communautaire, pourtant identifié comme un partenaire de premier choix;

Relativement à cette façon de faire unilatérale, les CSSS, organismes et instances locales de concertation ont l'impression de devenir responsables d'adapter ces mesures aux réalités et priorités de leur milieu. Or, des **impacts négatifs** en découlent qui auraient semble-t-il pu être évités par un dialogue entre les niveaux local et régional, lors de l'élaboration des mesures. Près de la moitié des partenaires considère qu'il s'agit là d'un désagrément très important.

¹³ Un bon exemple d'inadéquation entre les mesures développées et les besoins des personnes est celui de la lutte à la pauvreté, selon les organismes. Alors que, pour la majorité des experts, la pauvreté est causée par de mauvaises habitudes de vie individuelles, pour le milieu communautaire, elle est le résultat des mauvaises politiques sociales et fiscales.

Graphique 20 : Principaux irritants en lien avec l'élaboration de mesures de santé publique



Par ailleurs, depuis les 2 dernières décennies, les mesures de santé publique se sont multipliées. Or, il ne semble pas y avoir eu de réflexion quant à la complémentarité de ces mesures, tant à l'interne de la DSP qu'entre la DSP et les autres bailleurs de fonds souhaitant financer des projets similaires. Cette approche produit les effets indésirables suivants :

La volonté d'assurer la **coordination des mesures et programmes** sur le terrain semble peu présente de la part de ceux qui les élaborent. Ce qui ajoute ici à la forte frustration des organismes et des CSSS, c'est que ces mêmes bailleurs de fonds, incluant la DSP, demandent aux organismes de se concerter à l'échelle locale. Le financement des projets repose d'ailleurs souvent sur cette exigence de concertation;

Dans l'application des mesures, **l'approche par problématique entre en conflit avec l'approche globale** des personnes privilégiée par les organismes. De leur côté, les CSSS éprouvent également de la difficulté à conjuguer cette façon de faire avec l'approche populationnelle qu'ils sont tenus de mettre en place en vertu de la *Loi sur la santé et les services sociaux*. La fragmentation de la réalité vécue sur le terrain empêche en plus **d'ajuster les ressources aux besoins**, ce qui entraîne des frustrations très importantes pour la majorité des partenaires locaux (7/10). Les représentants de DSP se sentent beaucoup moins interpellés par cet irritant, puisque seulement 2/10 le considère très important. Une même proportion de représentants de la DSP le considère même peu important.

Pistes de solution proposées par les partenaires

Les partenaires organismes et CSSS sont très majoritairement favorables à la piste de solution visant à « développer un mécanisme pour intégrer l'expérience du milieu communautaire dans l'élaboration des mesures financées ». La DSP est aussi majoritairement favorable à cette piste quoique plus divisée sur la valeur à lui accorder. La moitié de ses représentants la considère comme intéressante, l'autre moitié la trouve simplement acceptable.

Par ailleurs, « permettre que les budgets des programmes s'ajustent aux priorités locales » représente une solution intéressante pour la quasi-unanimité des partenaires (9/10).

Pour donner suite aux suggestions des partenaires lors de la présentation du 2 février dernier, **le comité tripartite propose la piste de solution suivante**, libellée de façon à intégrer tout le processus de programmation :

<i>JEU 3 : Reconnaître l'expérience du milieu</i>	
#	PROPOSITION DE PISTE DE SOLUTION
8	Négocier avec les parties prenantes la façon d'intégrer l'expérience du milieu dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des mesures et services.

Les organismes et les CSSS souhaitent également participer à la réflexion pour évaluer cette proposition dont la mise en œuvre demeure très complexe.

3.4 Autres préoccupations : La Fondation Chagnon

Bien que la consultation ne porte pas au départ sur cet aspect spécifique des partenariats, à plusieurs reprises il a été question de la présence d'autres bailleurs de fonds sur le territoire. D'ailleurs, les impacts de cette présence ont été présentés dans les chapitres précédents.

La Fondation Chagnon retient particulièrement l'attention parce qu'elle a fait l'objet de plusieurs préoccupations, qui ont été partagées au cours d'une douzaine de rencontres, que ce soit avec l'équipe de la DSP, des CSSS ou avec les organismes.

Le comité tripartite juge pertinent de rapporter l'essence de ces propos, dans la mesure où les interventions de la Fondation Chagnon, avec Avenir d'enfants et Québec en forme, ont dans les faits un impact sur les relations de la DSP avec ses partenaires CSSS et organismes.

D'abord, l'approche de la philanthropie privée telle qu'exercée par la Fondation Chagnon inquiète à plus d'un égard, surtout dans la mesure où il s'agit d'un bailleur de fonds très influent, actif depuis près de 10 ans sur le territoire et détenant des moyens considérables :

- L'approche « Top-Down », ou encore selon les « meilleures pratiques », appliquées uniformément, sans prendre en compte les particularités locales;
- L'absence bien souvent de reconnaissance des concertations en place et du travail réalisé;
- Le fait non seulement d'exiger une démarche parallèle aux concertations en place, mais de ne pas la financer, de ne pas en reconnaître les résultats et de ne pas se préoccuper des effets démobilisateurs de cette façon de faire;
- L'impression de dédoublement des programmes;
- L'absence de comptes à rendre envers le public, étant un partenariat public-privé;
- La possibilité de se retirer unilatéralement, de changer les règles de financement et d'effectuer des coupures sans donner un préavis suffisant, et sans possibilité de recours en contestation, pour le milieu.
- L'absence de pérennité inquiète tout spécialement les organismes, qui se demandent ce qui va advenir les projets mis sur pied avec l'appui de la Fondation, si cette dernière se retire. Les CSSS et la DSP sont de leur côté préoccupés de l'impact d'un éventuel retrait sur l'ensemble du milieu.

Avec le temps, on reconnaît d'autre part que la Fondation Chagnon s'est ajustée pour répondre à certaines critiques formulées ci-dessus.

Ainsi, des territoires ont réussi à négocier l'harmonisation sur le terrain des différents programmes et mesures, pour les faire « travailler » ensemble, par une même concertation, qui intègre les différentes opportunités dans un seul et même plan d'action.

Malgré ces ajustements, la Fondation Chagnon demeure tout de même une source de méfiance dans certains territoires où elle n'est pas encore implantée.

Enfin, dans au moins une rencontre, la discussion a porté sur le fait que la mesure SIPPE- Création d'environnements favorables viendrait à échéance en 2012. Une crainte a été formulée voulant que la mesure puisse désormais être réorientée en faveur d'une collaboration entre la DSP et la Fondation Chagnon. Ceci semble beaucoup inquiéter, car les partenaires ont pour l'instant l'impression que le gouvernement appuie financièrement et sans condition les priorités fixées par la Fondation Chagnon. Certains organismes sont aussi critiques de ce qu'ils qualifient d'alliance apparente entre la DSP et la Fondation Chagnon, par exemple dans le cas de l'étude sur la maturité scolaire.

Les partenaires préoccupés par ces dimensions suggèrent que la DSP, quant aux autres bailleurs de fonds et en lien avec la prévention et la promotion de la santé, assure une plus grande cohérence au niveau régional, veille à l'arrimage des mesures qui se ressemblent, pour aider ses partenaires locaux. Du côté de la DSP, on affirme clairement que des efforts sont déjà déployés au niveau régional pour tenter un arrimage avec la Fondation Chagnon, en développant une approche de direction partagée.

Il sera sans doute intéressant de suivre attentivement l'évolution de la situation, sur le territoire montréalais, au cours des prochaines années dans la perspective de voir se dessiner des solutions constructives aux préoccupations soulevées à la page précédente.

3.5 Les trajectoires de fonds destinés aux organismes

Dans le cadre du programme régional de santé publique, les trajectoires de fonds **destinés au milieu communautaire**, c'est-à-dire la façon dont les crédits transitent de la DSP jusqu'aux organismes communautaires, prennent deux formes :

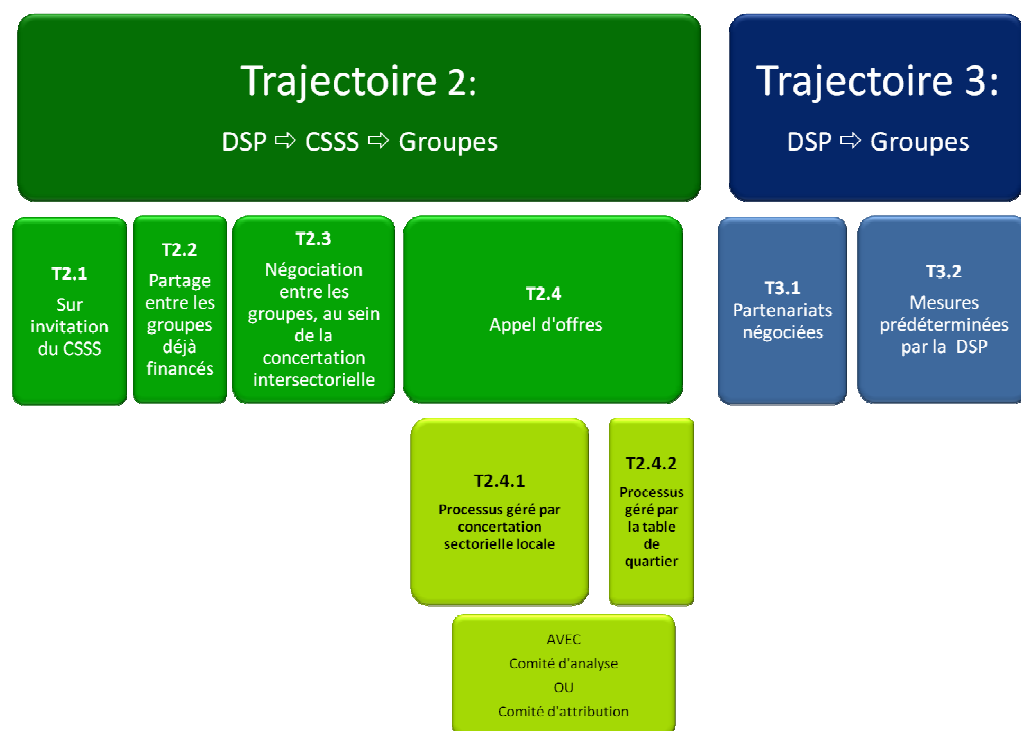
Pour la trajectoire 2, le financement transite par les CSSS pour appuyer la mise en œuvre de plans d'action intersectoriels élaborés par des concertations et réalisés par des organismes communautaires;

La trajectoire 3 permet à la DSP de financer directement des organismes communautaires, pour la mise en œuvre de certains projets locaux ou régionaux.

De plus, dans leur application concrète, les deux trajectoires de fonds décrites ci-dessus ont connu différentes variations pour répondre à la mise sur pied de nouvelles mesures, à des dynamiques territoriales, à la volonté et au leadership des parties prenantes, ou encore à des structures de concertation variées.

C'est la tournée de consultation qui a permis de documenter ces différentes variations. Pour en faciliter la compréhension, elles sont regroupées en grandes catégories, schématisées dans le graphique suivant :

Graphique 20 : Les variations des trajectoires de fonds, sur le territoire montréalais



Le présent chapitre se base donc sur la compréhension des partenaires à propos des différentes trajectoires de fonds. Cette compréhension a été partagée à l'occasion de la tournée de consultation. Les partenaires étant ceux qui travaillent avec ces paramètres concrètement, il est pertinent de faire état de leur perception du fonctionnement des trajectoires de fonds.

Grâce à leurs commentaires, chaque modalité d'attribution du financement est présentée comme suit :

- Particularités
- Contexte d'utilisation
- Description
- Rôles et responsabilités des parties
- Formalisation
- Horizon temporel
- Avantages et inconvénients de chaque formule, toujours selon les partenaires eux-mêmes.

Le lecteur doit aussi se rappeler qu'il s'agit là du portrait d'une situation donnée, à un moment donné, dans un environnement où les choses évoluent rapidement. De même, puisque les formules d'attribution des fonds ont été regroupées en catégories, certaines nuances seront sans doute laissées de côté au profit d'une compréhension plus synthétique de cet environnement complexe.

Rappelons enfin que plusieurs variations des trajectoires 2 et 3 peuvent coexister à l'échelle locale, au même moment, en lien avec différentes mesures financées, sans toutefois que cet agencement se reproduise sur l'ensemble du territoire.

Trajectoire 2 : Financement destiné aux organismes, qui transite par les CSSS

Commentaires généraux à propos de la trajectoire 2

La **trajectoire 2** est globalement appréciée par les partenaires parce qu'elle offre aux CSSS et groupes communautaires la flexibilité pour convenir collectivement des actions à financer, en fonction des besoins. Par contre, dans un souci de non-ingérence au niveau local, les échanges d'expériences et d'expertises ont progressivement diminué entre les professionnels de la DSP et le niveau local. Les trois parties prenantes regrettent ces contacts qui permettaient auparavant une certaine émulation.

Enfin, par le biais de cette trajectoire, les responsabilités et l'imputabilité des parties quant à la gestion des fonds sont les plus grandes sources de confusion et d'inconfort pour les CSSS, qui sont d'ailleurs divisés sur la question :

Le tiers des partenaires considère tout indiqué que le financement des activités passe par eux, compte tenu de leur responsabilité populationnelle en prévention et promotion de la santé au niveau local;

Un autre tiers y oppose plutôt en priorité son rôle de soutien aux organismes et au développement des communautés. Dans ce contexte, le glissement du rôle de fiduciaire des sommes de santé publique au rôle de mandataire les place dans la délicate position de devoir exiger des comptes aux organismes pour la réalisation des activités financées, ce qui leur semble contraire à l'approche privilégiée;

Les CSSS à l'aise avec les rôles de mandataire et de soutien rétorquent qu'ils ne sont pas nécessairement incompatibles à condition de veiller à ce que :

- Les fonctions en lien avec le soutien des communautés et celles de mandataire soient exercées par des personnes différentes, au sein du CSSS;
- Le personnel du CSSS ne s'implique pas dans le conseil d'administration d'un organisme du territoire où il travaille, pour éviter l'apparence de conflit d'intérêts;

Cette confusion quant à la compréhension et l'appropriation de ses rôles et responsabilités ne touche pas que les CSSS. Certaines concertations intersectorielles ont l'impression de s'être peu à peu transformées en comités de gestion de mesures, ce qui diverge du rôle initial de lieu d'échanges et de réflexions. De leur côté, les tables de quartier semblent parfois jouer le rôle de bailleurs de fonds, ce qui complexifie les relations entre les membres. Qui plus est, si une mésentente survient entre les parties, il n'existe présentement aucun mécanisme de résolution de conflit.

Enfin, sur plusieurs territoires, les partenaires ne signent pas d'ententes écrites. Cette pratique nuit sans doute à la clarification des rôles et mériterait d'être corrigée, selon la vaste majorité des partenaires.

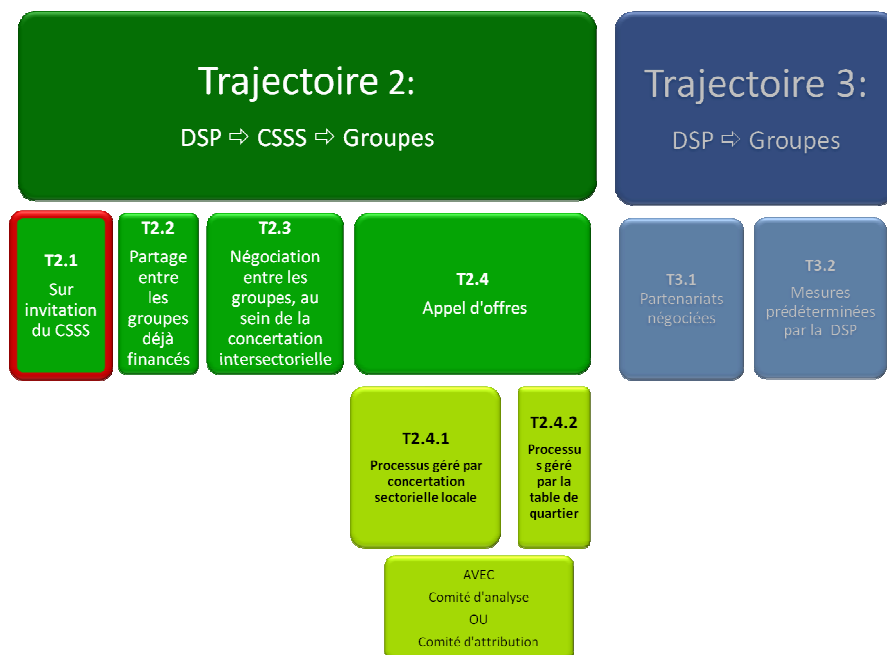
Les variations de la trajectoire 2

À l'intérieur de la **trajectoire 2**, quatre grandes variations et deux variantes ont été répertoriées pour l'attribution des fonds de santé publique. Bien qu'elles coexistent en même temps sur le territoire montréalais, il est possible de placer ces formules dans une perspective évolutive, pour en faciliter la compréhension. Chaque nouvelle formule d'attribution propose en quelque sorte une solution aux difficultés soulevées par la formule précédente, et ainsi de suite.

En réalité, les déplacements sur cette échelle peuvent s'effectuer dans les deux sens. Certains milieux ont en effet tenté de s'approprier une formule pour revenir ensuite à celle qui leur convenait le mieux, compte tenu de ses avantages et inconvénients.

Voyons en détail dans les pages qui suivent chacune de ces variations.

T.2.1 Le financement sur invitation du CSSS



Particularité : Certains groupes sont invités par le CSSS à déposer une demande de financement, ou encore certains groupes sont mis sur pied pour répondre aux exigences d'un programme et obtenir le financement disponible.

Contexte :

- Cette façon de faire a lieu au début d'un nouveau programme ou d'une nouvelle mesure, dans les secteurs où les groupes sont peu nombreux, ou encore là où la concertation locale est peu structurée;
- Fait à noter : cette pratique est de moins en moins courante sur le territoire. Elle a été critiquée par les concertations locales sur plusieurs territoires et tend à disparaître.

Description de la modalité d'attribution :

- Présentation du programme à des groupes invités à proposer des projets;
- Soutien des groupes pour l'élaboration des projets en lien avec la mesure.

Rôles et responsabilités :

- Le CSSS assume un leadership pour choisir ses partenaires;
- Le CSSS soutient les groupes dans l'élaboration et la réalisation des projets, en lien avec les mesures financées;

- Le CSSS fait le lien avec la DSP pour les questions liées aux objectifs de la mesure.

Formalisation du partenariat

- Le partenariat est scellé de plusieurs façons, selon les territoires : ententes écrites, lettre de confirmation, simple envoi d'un chèque, ou encore poignée de main. Le lien de confiance étant très étroit entre les organismes financés et le CSSS, on retient le plus souvent le mode informel.

Horizon temporel

- Entente annuelle, quoique dans les faits, le financement demeure attribué à l'organisme aussi longtemps qu'il est disponible et que le CSSS le juge à propos.

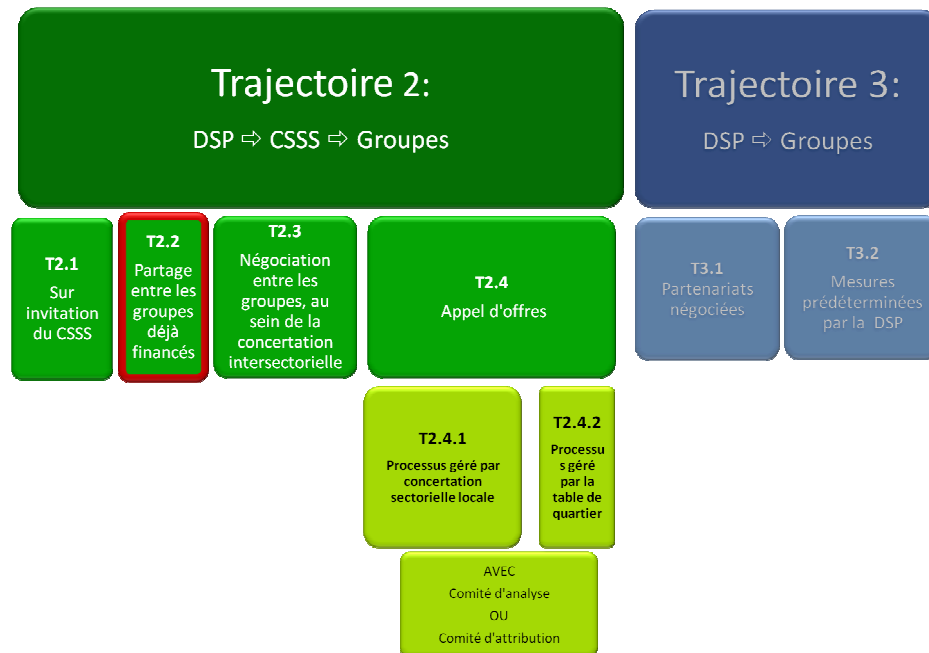
Avantages :

- Pour les CSSS, possibilité de choisir ses partenaires et de mettre en place rapidement la mesure;
- Pour les groupes choisis, cette approche permet d'éviter la compétition et d'obtenir un financement supplémentaire;
- Pour les deux parties, cette façon d'attribuer le financement semble la moins énergivore.

Inconvénients :

- Manque de transparence, du point de vue des groupes non financés;
- Soulève la question suivante, pour le CSSS : sur quelles bases a-t-il le droit de choisir ses partenaires pour les fonds publics destinés aux groupes?
- Peu ou pas de liens entre les activités financées et un plan d'action local concerté;
- Peu ou pas de bénéfices découlant de l'émulation de la concertation locale;
- Fragilité des groupes initialement mis sur pied avec comme objectif d'obtenir le financement, car leur survie peut y être liée;
- Peu de place pour de nouveaux groupes, proposant d'autres approches et points de vue pour répondre à des besoins émergents;
- Cette méthode encourage d'ailleurs peu la réflexion sur la mise à jour des besoins des populations, et l'évolution des pratiques pour en tenir compte.

T.2.2 Le partage du financement entre les mêmes organismes



Particularité : Les mêmes organismes se partagent le financement, chaque année.

Contexte :

- On retrouve cette pratique d'attribution dans les territoires comprenant peu de groupes actifs dans le domaine financé par la mesure;
- Cette modalité est habituellement privilégiée là où le soutien en organisation communautaire est plus limité;

Description de la modalité d'attribution :

- Le même groupe d'organismes se rencontre chaque année, le plus souvent en marge du mécanisme de concertation intersectoriel, lorsque celui-ci est en place, pour se partager les subventions disponibles;
- Les rencontres ont lieu 1 à 2 fois par an, selon que les participants décident ou non de réaliser ensemble le bilan des activités réalisées;
- Parfois, les groupes vont faire le bilan des activités de l'année précédente et l'attribution des fonds pour l'année à venir au cours de la même rencontre.

Rôles et responsabilités

- Le CSSS s'implique légèrement par le biais de son organisation communautaire, pour appuyer la préparation des bilans et organiser la ou les rencontres annuelles;
- Le groupe des organismes financés attribue les sommes. Chaque organisme devient imputable de bien gérer le montant reçu.

Formalisation du partenariat :

- Lettre de confirmation de la part du CSSS ou simple envoi d'un chèque;
- Le CSSS se perçoit dans cette formule davantage comme « une boîte à lettres » des fonds de santé publique.

Horizon temporel

- Entente annuelle, quoique dans les faits, le financement s'avère stable depuis plusieurs années.

Avantages :

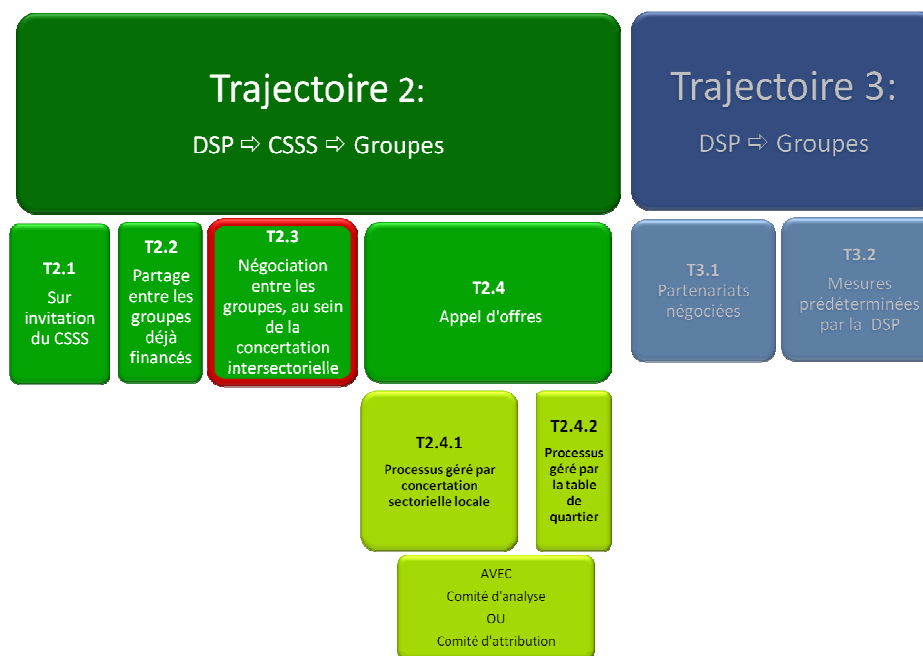
- En absence d'indexation ou d'augmentation des sommes disponibles, et tant que les activités répondent aux besoins de la population, cette méthode permet de consolider les projets et les organismes existants;
- En contexte de sous-financement des organismes, les subventions de la DSP représentent parfois l'unique source de revenus stable, ce qui assure alors la survie de ces groupes;
- La concertation intersectorielle n'ayant pas à gérer ces fonds publics, elle peut donc se concentrer sur les réflexions et les échanges de fond;
- Il s'agit somme toute d'une méthode efficace d'attribution, rapide et peu énergivore.

Inconvénients :

- Les organismes financés se placent en apparence de conflit d'intérêts, puisqu'ils s'attribuent eux-mêmes le financement disponible. Dans un territoire où de nombreux organismes sont impliqués, les organismes financés se retrouvent dans une position inconfortable par rapport aux autres;
- Les organismes n'ayant pas accès à ce financement vivent souvent un sentiment d'injustice, l'attribution leur semblant arbitraire et peu transparente;
- À terme, ce mécanisme risque d'affaiblir les concertations intersectorielles, parce qu'il contribue aux tensions et à la division au sein du milieu;
- Les activités réalisées par le biais de ce financement ne sont pas nécessairement rattachées au plan d'action concerté;
- Les objectifs demeurent flous, ce qui rend difficile l'évaluation de leur atteinte ou non;

- Les projets collectifs ayant une portée plus large sont peu ou pas envisagés, dans ce modèle;
- Cette méthode encourage peu la réflexion sur la mise à jour des besoins des populations, et l'évolution des pratiques pour en tenir compte;
- Pour la DSP, ce financement déguisé à la mission de base ne correspond pas à ce pour quoi les crédits devraient servir.

T.2.3 La concertation intersectorielle, comme lieu de négociation entre les groupes



Particularité : Les organismes communautaires négocient entre eux l'attribution des fonds, chaque année, au sein de la concertation intersectorielle, et en lien avec leur plan d'action concerté.

Contexte :

- Cette façon de faire ouvre la voie à une distribution des subventions entre des groupes différents, chaque année, selon les enjeux et priorités établis par les organismes eux-mêmes, au sein de la concertation intersectorielle.

Description :

- La concertation intersectorielle comprend les organismes admissibles au financement, qu'ils en aient ou non reçu par le passé;

- Cette concertation regroupe également d'autres partenaires non admissibles à un financement dans le cadre du programme régional de santé publique, mais qui jouent un rôle important en fonction des enjeux auxquels travaille la concertation;
- La concertation se rencontre pour réaliser un plan d'action annuel, qui permet:
 - o D'établir les enjeux et priorités d'actions pour l'année à venir;
 - o De déterminer les actions prioritaires;
 - o D'identifier qui fait quoi et les sommes nécessaires pour ce faire;
 - o D'effectuer un suivi régulier des activités financées;
 - o De faire le bilan des activités réalisées et ajuster le plan d'action.

Rôles et responsabilités

- L'organisation communautaire des CSSS :
 - o Soutient les concertations intersectorielles dans toute la démarche de planification, préparation des rencontres, etc.;
 - o Anime souvent les rencontres de concertation;
 - o Veille aussi à ce que les objectifs des mesures financées et ceux du CSSS soient respectés;
- Les concertations intersectorielles peuvent être fiduciaires des sommes liées aux mesures, lorsqu'elles sont incorporées. Sinon, les subventions passent du CSSS aux organismes financés.

Formalisation du partenariat :

- Le plan d'action concerté sert souvent de référence pour formaliser le partenariat, en ce sens que les groupes s'engagent à réaliser une des actions du plan.
- Cet engagement est pris devant le groupe, il est inscrit au plan et il peut ou non faire l'objet d'une entente écrite plus détaillée, selon les territoires.

Horizon temporel

- Cette planification est habituellement annuelle, compte tenu de la nature du financement, non récurrent;
- Plus récemment cependant, les partenaires ont eu de plus en plus tendance à se doter d'une planification biennale ou triennale.

Avantages :

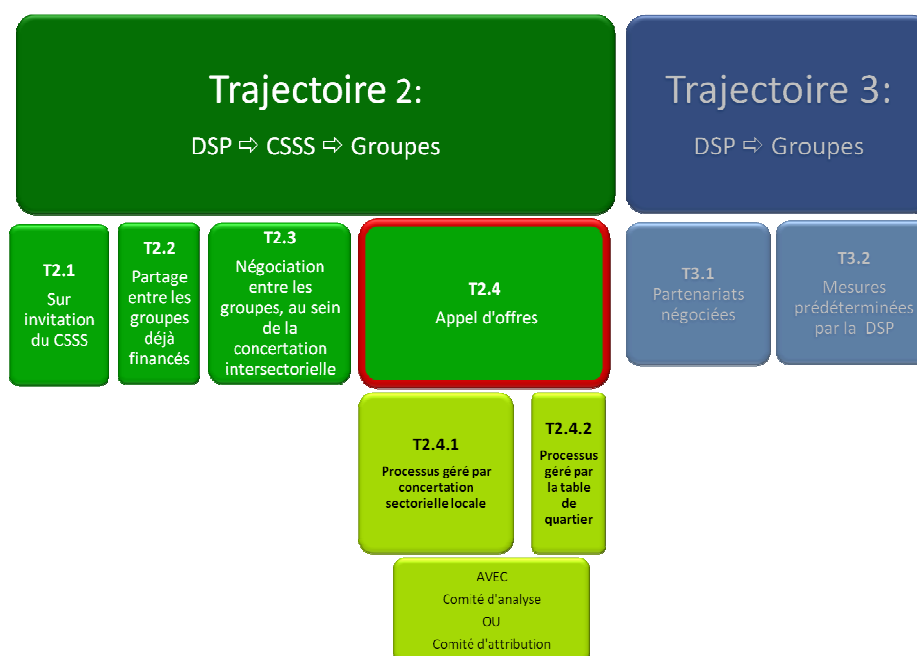
- Ceci permet aux groupes de déterminer collectivement les priorités d'actions, en lien avec les besoins de la population, et d'élaborer un plan d'action concerté;
- La cohérence des actions est ici recherchée;
- Les membres des concertations intersectorielles négocient et conviennent entre eux des sommes, en lien avec le plan d'action;
- Les groupes se rencontrent plus souvent et ont l'occasion d'échanger à propos des projets réalisés, de partager leurs difficultés et de solliciter un appui, au besoin;
- Cette modalité permet une attribution au mérite, c'est-à-dire à n'importe quel organisme admissible de recevoir du financement lorsqu'il a un projet intéressant;
- Il en résulte une plus grande transparence, de l'avis des partenaires eux-mêmes.

Inconvénients :

- Il s'agit d'un processus énergivore, surtout lorsqu'il se répète annuellement. Ainsi, les groupes plus vulnérables n'ont pas nécessairement les ressources pour participer à ces vastes démarches de milieu;
- Dans les faits, la négociation au sein de l'instance de concertation pour obtenir ou retirer du financement s'avère parfois difficile et exacerbe les tensions entre les organismes;
- De son côté, les CSSS jouent un rôle de premier plan dans cette formule d'attribution des fonds, en soutenant la concertation du milieu et en supervisant le processus de négociation. À ce rôle par contre, l'organisation communautaire des CSSS peut être appelée à combiner aussi celui d'accompagner certains organismes demandeurs, sur une base individuelle. Ce double rôle soulève la critique des organismes qui, à tort ou à raison, ont l'impression d'un processus partial.
- Pour plusieurs partenaires locaux, la vocation initiale des concertations s'en trouve dénaturée :
- Le processus d'attribution du financement devient « la pomme de la discorde »;

- Or, la vocation initiale de la concertation intersectorielle n'est pas de distribuer des fonds publics, mais plutôt de discuter des problématiques du territoire, de chercher des solutions et de réaliser des projets collectifs;
- Par ailleurs, certains groupes ont l'impression de se retrouver dans la délicate position de s'accorder à eux-mêmes une subvention, de devenir à travers la concertation leur propre bailleur de fonds;
- Donc, malgré tous les efforts de transparence et d'ouverture, le statu quo des organismes financés devient tentant, dans ce contexte. Quelques territoires ont d'ailleurs essayé en vain d'adopter cette formule d'attribution, et sont finalement revenus à la formule précédente de répartition entre les mêmes groupes, parce qu'elle engendrait moins de conflits.

T.2.4 L'attribution des fonds par appel d'offres



Particularité : Des critères sont définis en concertation et en lien avec la planification locale. Ces critères sont diffusés dans un appel d'offres destiné aux organismes admissibles au financement; ils permettent d'évaluer le mérite des projets présentés, en vue d'en faire une sélection. Cette formule d'attribution suscite d'ailleurs l'intérêt de plus de trois répondants sur cinq.

Description :

Un plan d'action concerté, dans lequel s'inscrivent les mesures financées par la DSP

Chaque année, le plan d'action concerté élaboré fait l'objet d'une mise à jour, en fonction de l'évaluation des besoins prioritaires du territoire et du bilan des activités réalisées. Cette planification est de plus en plus déclinée sur un horizon triennal. Elle comprend des enjeux, objectifs, actions et parfois, des projets collectifs. Les activités financées dans le cadre du programme régional de santé publique y sont incluses. Pour ces dernières, un appel d'offres est préparé par la concertation. Les organismes sont ensuite invités à soumettre des projets ou des activités en cohérence avec l'exercice de planification collective réalisé.

Des critères de sélection concertés et connus de tous

Les projets sont évalués sur la base de critères définis par la concertation, dans le respect des paramètres prévus dans les mesures de financement, qui sont plus ou moins flexibles pour s'adapter aux réalités locales.

Un comité mis sur pied pour apprécier chaque proposition

Les projets sont évalués par un comité spécialement mis en place. Pour en choisir les membres, un équilibre est constamment recherché entre la nécessité de détenir une connaissance fine du territoire et du milieu communautaire, et la neutralité nécessaire pour exercer cette fonction délicate.

En effet, le fait d'avoir recours à un comité se veut une formule plus neutre et transparente que les formules précédentes. Ainsi, aucun membre du comité ne peut présenter de projets en lien avec la mesure financée. Ce critère s'impose pour éviter de placer des personnes en situation d'apparence de conflit d'intérêts.

Le comité doit malgré tout être en mesure de prendre des décisions éclairées : c'est pourquoi sont choisis en priorité les partenaires du milieu non admissibles au financement en raison de leur statut organisationnel et dans certains territoires, les usagers d'activités susceptibles d'être financés.

Le mandat du comité est d'analyser les propositions et, soit de recommander les projets à financer, soit de les choisir :

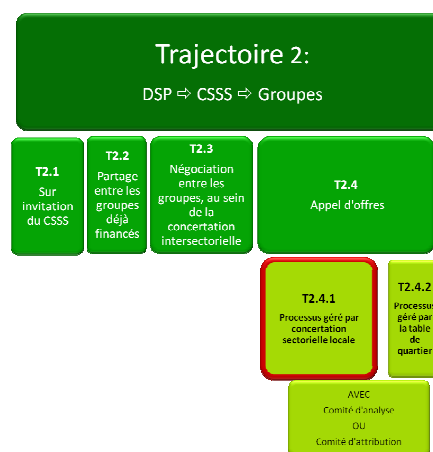
- **Le comité d'évaluation** (d'orientation ou aviseur) **recommande** au milieu, qui prend la décision. Les organismes conservent ainsi collectivement le pouvoir d'entériner ou non les recommandations du comité. Dans les faits, ce droit de veto collectif est rarement exercé;
- **Le comité d'attribution** (de sélection, d'analyse) **choisit** les projets et informe la concertation intersectorielle ou le conseil d'administration de la Table de quartier de sa décision. Cette façon de faire a l'avantage de retirer la gestion des fonds du lieu de concertation, la décision étant prise par une instance

extérieure, bien que liée à la concertation. Par contre, certains groupes ont vécu des situations où ce retrait complet du processus décisionnel a produit des résultats décevants, surtout par manque de connaissance fine de la réalité locale.

La trajectoire de l'appel d'offres, en plus de comprendre deux types de comités, se décline en deux sous trajectoires, qui décrivent la gestion du processus d'attribution :

T.2.4.1 Processus d'attribution géré par la concertation intersectorielle, avec l'aide d'un comité

Contexte : Cette pratique d'attribution du financement se déploie dans un milieu d'une certaine maturité en ce qui concerne l'expérience de concertation, là où les membres travaillent collectivement depuis de nombreuses années à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan d'action concerté :



Rôles et responsabilités

- Le CSSS, le plus souvent par le biais de son organisation communautaire :
 - Aide les comités à cheminer à travers ce processus;
 - Présente les projets aux membres du comité pour s'assurer qu'ils les comprennent bien;
 - Appuie certains organismes dans la présentation de projets.
- La concertation intersectorielle :
 - Prend acte des recommandations ou décisions du comité, et les entérine au besoin;
 - Est souvent fiduciaire des fonds;
 - La question sur le rôle que devraient ou non assumer les concertations dans la gestion des mesures gouvernementales se pose, dans ce contexte.

Formalisation du partenariat :

- Le plan d'action concerté sert de référence, en ce sens que les projets retenus sont inscrits au plan;
- Les projets présentés peuvent aussi servir de base à l'engagement des groupes;

- Les CSSS formalisent parfois davantage le tout, soit par une lettre de confirmation ou une entente écrite, précisant alors les engagements de l'organisme et du CSSS.

Horizon temporel

- En général, les actions doivent être réalisées au cours de l'année. Par contre, sur quelques territoires, les partenaires ont décidé de se doter d'une planification triennale et d'accepter des projets se déployant sur la même période, sous réserve de l'acceptation des crédits.

Avantages :

- Ce processus est considéré comme plus neutre et transparent que les variations précédentes de la trajectoire 2, par ceux qui ont connu plusieurs formules;
- Cette façon de faire libère également les concertations intersectorielles de la négociation associée à l'attribution des fonds, qui est parfois source de dissensions au sein du groupe;

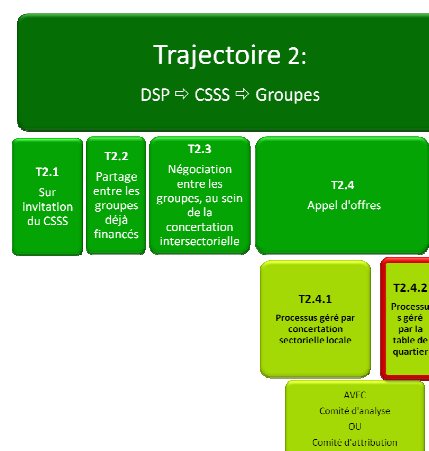
Inconvénients :

- Processus long et énergivore pour les organismes et les CSSS, compte tenu des sommes consenties et de la nécessité d'avoir à tout reprendre, chaque année;
- Malgré les efforts de transparence, les décisions sont parfois qualifiées d'arbitraires, parce que le lien avec les critères d'évaluation est contesté;
- La question sur le rôle que devraient ou non assumer les concertations dans la gestion des mesures gouvernementales se pose, dans ce contexte.

T.2.4.2 Processus d'attribution géré par la table de quartier

Contexte :

Dans un milieu d'une certaine maturité du point de vue de la concertation, et où la table de quartier est structurée de façon à rassembler les représentants des différentes concertations intersectorielles.



Rôles et responsabilités

- La Table de quartier joue dans ce modèle un rôle d'agent de mobilisation à l'échelle du quartier :

- o Remet en contexte la réflexion et la prise de décision quant à l'attribution des fonds de santé publique à l'échelle des priorités de quartier;
 - o Développe un plan de quartier qui intègre plus largement toutes les mesures dans une perspective de développement des communautés
- Le comité est formé :
 - o de membres de la table neutres, mais qui connaissent bien le territoire et ses enjeux;
 - o Un comité est formé soit pour chaque mesure, ou pour l'ensemble des mesures, ce qui permet une intégration des mesures, dans une approche intégrée à l'échelle de quartier;
 - o Selon son mandat, soit le comité recommande, soit il retient des projets parmi ceux présentés;
- La Table de quartier entérine les décisions ou discute des propositions du comité formé pour chaque mesure.

Formalisation du partenariat :

- Le plan d'action concerté sert souvent de référence, en ce sens que les groupes s'engagent à réaliser une des actions du plan;
- Les projets présentés servent de document de base à l'engagement des groupes.
- Les CSSS formalisent le tout, soit par une lettre de confirmation ou une entente écrite, précisant alors les responsabilités de l'organisme et du CSSS.

Horizon temporel

- En général, les actions doivent être réalisées dans l'année. Par contre, sur quelques territoires, les partenaires ont décidé de se doter d'une planification triennale et d'accepter que les projets se déploient sur la même période en conséquence, à condition d'avoir le financement.

Avantages :

- Permet de déterminer les enjeux et les priorités du quartier, tous secteurs confondus, de contourner l'approche en silos décrite par les CSSS et les organismes communautaires et de se réappropriier un peu l'approche globale des personnes, dans l'attribution des fonds;
- Permet de libérer les concertations intersectorielles de la responsabilité de faire de la gestion de programme, et de se recentrer sur l'action concertée.

Inconvénients :

- La table de quartier est parfois perçue comme le bailleur de fonds, ce qui peut avoir un impact sur les liens de collaboration avec les organismes de son milieu, engendrant parfois des dissensions et des conflits au sein même de cette instance de concertation qui se veut rassembleuse de la diversité. Pour contourner cette situation, le CSSS d'au moins un territoire assume la responsabilité d'annoncer aux demandeurs lorsque leur projet n'est pas retenu;
- Malgré les efforts de transparence, les décisions sont parfois qualifiées d'arbitraires, sous prétexte que le lien entre les critères d'évaluation et le choix des projets semble ténu et n'est surtout pas bien explicité;
- La question sur le rôle que devraient ou non assumer les concertations dans la gestion des mesures gouvernementales se pose également, dans ce contexte.

Les fonds gérés en trajectoire 2 ont fait l'objet de beaucoup de commentaires, ce qui est sans doute lié au volume d'activités, au nombre de partenaires impliqués et au montant total de subventions de santé publique disponibles par le biais de cette trajectoire. La prochaine section porte sur la trajectoire 3, qui se déploie de façon très différente.

Trajectoire 3 : Le financement direct de la DSP vers les organismes communautaires

Commentaires généraux à propos de la trajectoire 3

La **trajectoire 3** permet à la DSP de concevoir, d'élaborer et de coordonner la mise en œuvre de mesures de portée régionale, ou encore de conclure des ententes de cofinancement du milieu communautaire avec des bailleurs de fonds, à l'échelle de la Ville de Montréal. Cette formule permet un échange régulier entre la DSP et le milieu communautaire. Les responsabilités respectives des parties semblent aussi plus claires dans ce modèle. Par contre, la DSP vit à son tour la difficulté d'assumer le double rôle de soutien aux organismes et de « contrôle de la qualité » des activités réalisées par ses partenaires communautaires.

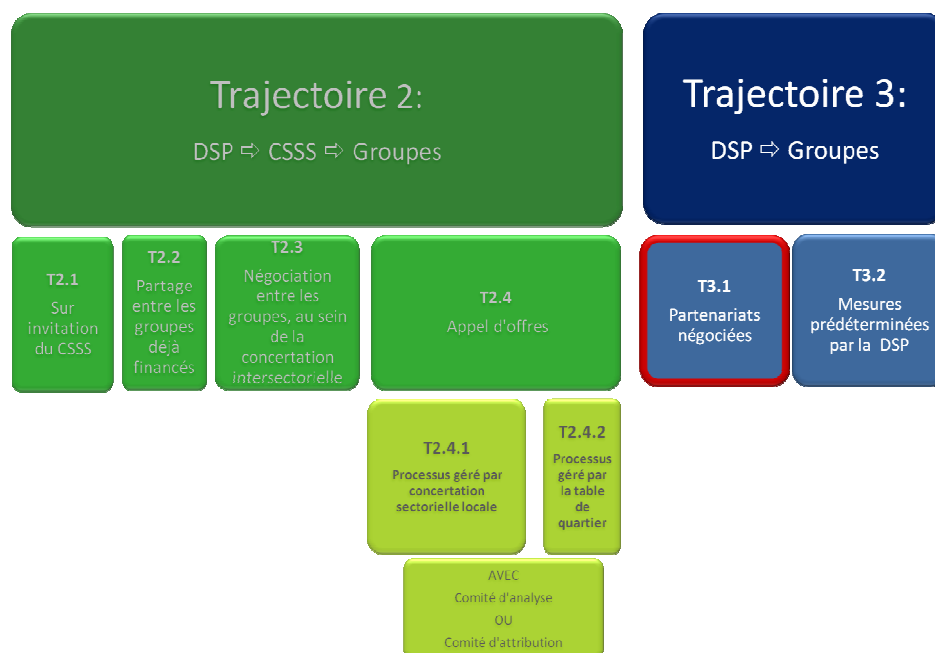
De leur côté, les CSSS se sentent exclus de cette relation bipartite. Ceux parmi eux qui considèrent essentiel, dans le cadre de leur responsabilité populationnelle, de connaître et d'orienter les activités de santé publique sur leur territoire en sont fort préoccupés.

Des efforts sont d'ailleurs déployés de part et d'autre pour améliorer le partage d'information en ce sens et ainsi réduire les inconforts vécus sur le terrain entre les CSSS et les organismes communautaires financés par le biais de cette trajectoire.

L'attribution des fonds par le biais de la trajectoire 3 est donc moins courante, quoique dans les dernières années, le développement de nouvelles mesures a eu tendance à se réaliser par le biais de cette trajectoire. Plus de la moitié des partenaires la trouve d'ailleurs intéressante lorsque les enjeux touchés ont une portée régionale.

La **trajectoire 3** se subdivise en deux variations, qui sont cette fois associées à des façons de faire et des cultures différentes, à l'intérieur de la direction de santé publique.

T.3.1 Les partenariats négociés



Particularité : Les organismes financés négocient un cadre de référence pour définir les balises du financement, des activités admissibles, des relations partenariales, du suivi à donner et de la reddition de comptes.

Contexte :

- Cette variation de la trajectoire 3 est possible dans un domaine où les organismes sont spécialisés et reconnus pour rejoindre des groupes cibles ou encore pour travailler sur des problématiques spécifiques;
- Ce type de travail en collégialité est possible lorsque le nombre de partenaires est relativement délimité et connu;
- Cette trajectoire de financement est aussi privilégiée lorsque d'autres bailleurs de fonds sont impliqués.

Description :

- La DSP invite les groupes financés à participer à la définition des balises du partenariat. Un sous-comité de représentants des deux parties prenantes est formé pour rédiger conjointement un cadre de référence;
- Par la suite, un appel d'offres est préparé et les organismes sont invités à présenter des projets;
- La DSP analyse les dossiers et choisit ceux qui répondent aux critères convenus;
- La DSP assure le suivi et encourage l'émulation des groupes financés par des rencontres statutaires, des visites, des projets de recherche, etc.;

- La DSP exerce parfois un contrôle de la qualité serré sur les activités réalisées.

Rôles et responsabilités

- La DSP choisit et finance chaque organisme;
- Les organismes s'engagent à réaliser les activités qu'ils ont proposées et à participer aux rencontres de suivi organisées par la DSP;

Formalisation du partenariat :

- Le cadre de référence est adopté par les partenaires;
- Des ententes écrites précisant les attentes de chaque partie sont signées.

Horizon temporel

- Triennal, sous réserve de disponibilité des crédits

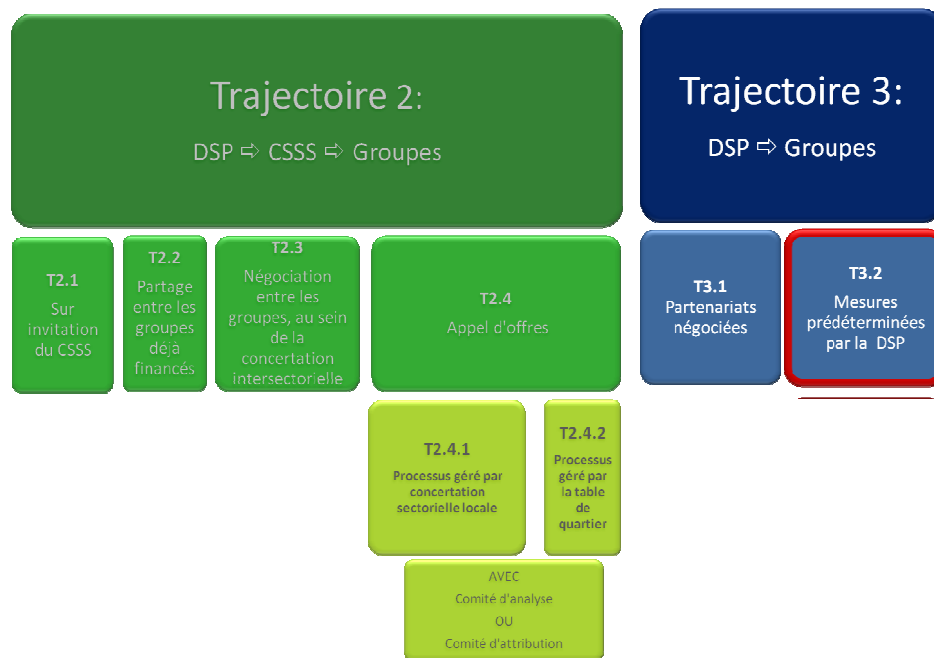
Avantages :

- Les organismes communautaires peuvent exercer une certaine influence sur les pratiques de la DSP;
- La transparence dans l'attribution des financements, en fonction de critères convenus constitue un gain du point de vue des organismes;
- La possibilité d'avoir des échanges réguliers entre la DSP et les organismes;

Inconvénients :

- Pour la DSP et les organismes, il s'agit d'un mécanisme énergivore qui nécessite de nombreuses rencontres : négociation, suivi, échanges
- Pour la DSP, il peut être difficile de jouer le rôle de soutien et de bailleur de fonds en même temps, auprès des organismes partenaires. Ainsi, un secteur au moins a choisi de répartir ces deux fonctions entre deux personnes;
- Certains organismes ont parfois le sentiment d'ingérence, dans la relation très étroite qu'ils entretiennent avec les responsables de la DSP.
- Certains craignent que leur autonomie ne soit menacée;
- D'autres sentent parfois que, dans le suivi de leurs réalisations, la DSP oublie que chaque organisme est avant tout animé par sa propre mission sociale et que sa raison d'être n'est pas uniquement liée au Réseau de la santé et des services sociaux;
- Au départ, les CSSS étaient complètement absents de cette équation partenariale, même lorsque les activités des groupes se déroulent sur leur territoire. La trajectoire 3 ne prévoyait en effet pas de façon d'intégrer le point de vue des CSSS. Des efforts sont cependant faits en ce sens depuis et permettent certains liens jugés nécessaires. Pour plus de la moitié des partenaires, il s'agit là d'une dimension importante à considérer dans le recours à la trajectoire 3.

T.3.2 Les mesures prédéterminées par la DSP



Particularité : Les groupes adhèrent à un programme préétabli par la DSP et réalisent des projets répondant aux objectifs fixés par celle-ci.

Contexte :

Les mesures qui utilisent cette forme d'attribution des fonds découlent souvent d'une étude ou d'une recherche de la DSP. Elles identifient des problématiques de santé publique à l'échelle régionale et mettent de l'avant des approches spécifiques. Elles visent souvent au départ le soutien à des projets innovateurs ou expérimentaux.

Description :

- La DSP conçoit les modalités de la mesure : la problématique, les objectifs, les cibles de résultats, etc.;
- La DSP élabore un cadre de référence dans lequel elle fixe les balises d'interventions souhaitées, les critères de sélection des projets, les modalités de financement, etc.;
- Les organismes qui le souhaitent présentent des projets, en fonction des balises fixées;
- La DSP analyse les propositions en fonction des critères établis et choisit les projets;

Rôles et responsabilités

- La DSP est maître d'œuvre dans la mise sur pied de la mesure, de la conception au choix des projets;

- Les organismes sont mandataires

Formalisation du partenariat :

- Une entente formelle est signée entre les parties.

Horizon temporel

- Triennal, sous réserve de disponibilité des crédits.

Avantages :

- Permet des échanges réguliers entre la DSP et les organismes, sur des enjeux nouveaux et des projets expérimentaux

Inconvénients :

- Les CSSS sont encore ici exclus, du moins a priori, des mesures qui optent pour ce type de trajectoire de fonds. Plusieurs réclament la nécessité de baliser les relations entre organismes ainsi financés et les CSSS, à l'échelle locale, pour éviter les conflits;
- Ce type de mesures développées à partir de recherches scientifiques nécessite souvent des ajustements sur le terrain, selon les principaux intéressés. Ces ajustements sont parfois difficiles.

Déjà, quelques précisions apportées, en lien avec la consultation

Voilà qui complète la description des différentes trajectoires de fonds en lien avec le programme régional de santé publique et telles qu'elles se sont déployées au fil des ans sur le territoire montréalais. Cette description repose sur les commentaires des partenaires recueillis au fil de la consultation.

Une préoccupation qui revient souvent, à propos de la **trajectoire 2**, est le questionnement sur la responsabilité et l'imputabilité de chaque partenaire, dans la gestion des fonds de santé publique.

À ce propos, un comité DSP-CSSS a déjà commencé à apporter des modifications au cadre administratif 2011-2012 portant sur l'allocation des crédits de santé publique, de façon à prendre en compte ces préoccupations. En effet, en plus d'être considérablement simplifié, le cadre administratif comprend désormais un tableau qui présente les instances décisionnelles de la **trajectoire 2**, dans la perspective de clarifier les points suivants¹⁴:

Tableau 3 : Instances décisionnelles selon les trajectoire de fonds

	Trajectoire 1	Trajectoire 2	Trajectoire 3
Répartition des fonds entre les mesures de SP	ASSSM sur recommandation de la DSP	ASSSM sur recommandation de la DSP	ASSSM sur recommandation de la DSP
Répartition des fonds entre les CSSS	DSP sur recommandation de la TRSP	DSP sur recommandation de la TRSP	N/A
Répartition des fonds entre les territoires de CLSC	N/A	CSSS	DSP si applicable
Répartition des fonds entre les organismes communautaires	N/A	CSSS sur recommandation des tables de concertation locales	DSP si applicable

Il s'agit là d'un premier pas dans la foulée des propositions présentées dans ce rapport de consultation.

¹⁴ Extrait du cadre administratif portant sur l'allocation des crédits de santé publique 2011-2012. Mars 2011.

3.6 Bilan de la rencontre de présentation des résultats

Le 2 février 2011, les résultats de la présente consultation ont été dévoilés au Centre Saint-Pierre, devant une soixantaine de personnes, pour la majorité des partenaires directement impliqués dans les partenariats de santé publique.

Outre les membres du comité tripartite, tous présents, 10 représentants de la DSP, 12 des CSSS, et 31 des organismes communautaires et instances locales de concertation ont participé à la rencontre. 2 représentantes de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal étaient également présentes.

Cette demi-journée a été fructueuse à plus d'un égard. En plus de partager les résultats de la consultation, elle a permis un échange entre les différents partenaires, ce qu'ils n'avaient pas encore eu l'occasion de faire formellement, dans le cadre de la consultation.

Sept (7) ateliers d'une dizaine de personnes représentatives des trois parties prenantes ont ainsi été animés par les membres du comité tripartite, dans un climat convivial. Le travail d'atelier visait à discuter des enjeux et pistes de solution prioritaires parmi ceux présentés. La première préoccupation du comité tripartite était de valider sa lecture et son analyse des résultats de la consultation. Ils ont été accueillis positivement par l'ensemble des partenaires.

Les réflexions en ateliers ont aussi permis au comité tripartite de pousser plus loin la réflexion entreprise, de synthétiser encore les enjeux et solutions et d'opérer un début de priorisation des pistes de solutions. Le fruit de ce travail en atelier est d'ailleurs intégré dans le présent rapport, où la contribution des ateliers y est régulièrement mentionnée.

4. Perspectives

Cette consultation a permis de recueillir les propos de près de 300 personnes, directement engagées dans les partenariats en santé publique. Collectivement, ce sont plusieurs centaines d'heures qui ont été investies dans cette réflexion, tant par le réseau public que par le milieu communautaire. Le comité tripartite tient à les remercier tous pour cette contribution sans précédent et tient à souligner que cette manifestation d'intérêt doit être prise avec tout le sérieux qu'elle mérite.

Le comité tripartite veut donc veiller à ce que la présente consultation permette de mettre en exergue non seulement les principaux enjeux et préoccupations des partenaires, mais également les pistes de solutions qu'ils ont eux-mêmes identifiées, à partir de leur expérience. Les partenariats en santé publique sont bien enracinés, et leur amélioration passe par l'exploration de ces différentes pistes de solutions.

Pour assurer le suivi des propositions de pistes de solutions, le **comité tripartite suggère** donc le mécanisme suivant :

#	PROPOSITIONS DU COMITÉ TRIPARTITE
9.	Mettre sur pied une instance tripartite responsable d'assurer le suivi des pistes de solutions issues de la consultation sur les partenariats en santé publique.

À titre indicatif, cette instance tripartite pourrait par exemple s'inspirer du modèle du comité régional de liaison sur les partenariats de l'Agence, une instance consultative de discussion, qui veille entre autres au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Cette instance tripartite pourrait avoir pour mandat d'assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations, en faisant les liens appropriés avec chacun des partenaires notamment avec la Table régionale de santé publique. Des espaces de travail et de négociation pourraient aussi être ouverts, au besoin, tant aux niveaux local que régional.

++++

Chose certaine s'impose, au préalable, un exercice d'appropriation des résultats de cette vaste consultation; d'une part, en vue d'apprécier la faisabilité des pistes de solutions proposées et, d'autre part, des suites éventuelles à leur donner.