



**TRANSFORMATION DU RÉSEAU PUBLIC  
DE SERVICES SOCIAUX ET IMPACTS SUR LES  
PRATIQUES DES INTERVENANTS SOCIAUX AU QUÉBEC**  
Communication dans le cadre du colloque européen  
(CEFUTS) Le travail social à l'épreuve du  
management et des impératifs gestionnaires  
Université Toulouse 2, 2 et 3 juillet 2009

*DENIS BOURQUE*

**Cahier numéro 0907**  
**ISBN : 978-2-89251-376-9**

**Septembre 2009**

## NOTES BIOGRAPHIQUES

**Denis Bourque** est professeur titulaire au Département de travail social et des sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais. Il est également titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire et co-responsable de l'axe Développement social des communautés de l'ARUC Innovation sociale et développement des communautés. Il a été organisateur communautaire au CLSC Seigneurie-de-Beauharnois de 1975 à 1990 et coordonnateur des services à la communauté au CLSC Jean-Olivier-Chénier de 1990 à 2002. Ses travaux de recherches et publications concernent l'organisation communautaire, le développement des communautés et le partenariat entre organismes communautaires et établissements publics. Il a publié en 2008 un ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*.

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Transformations institutionnelles du contexte de la pratique du travail social de première ligne	1
Nouvelle gestion publique	4
Politiques gouvernementales et transformations institutionnelles	6
Santé et social : contraintes et opportunités	9
Logique gestionnaire, logique médicale et de santé publique, et intervention sociale	12
Impacts sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CSSS en intervention individuelle	13
Impacts sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CSSS en intervention collective	17
Conclusion	20
Références	23

## **Introduction**

Les réformes de la dernière décennie au Québec dans le domaine de la santé et de services sociaux visaient à intégrer les services publics, communautaires et privés et à les inscrire dans des réseaux locaux dans une optique de responsabilité populationnelle partagée entre les différents dispensateurs de services dans le but d'en augmenter l'accessibilité et la qualité. Cela est particulièrement présent dans le regroupement, en 2003, en un seul établissement local, le centre de santé et de services sociaux (CSSS) de toutes les missions de première ligne en santé et services sociaux (hôpital, hébergement et centre local de services communautaires ou CLSC). Il y a 95 CSSS au Québec qui se veulent les vecteurs institutionnels de transformations profondes dans la gestion des services sociaux et de santé de première ligne, ainsi que dans les pratiques professionnelles des personnels impliqués. Ces transformations sont toujours en cours actuellement et il serait pour le moins hasardeux d'en faire une évaluation globale. Même si elles comportent des dimensions intéressantes et prometteuses, déjà, nous avons pu noter, dans des recherches complétées et en cours, que ces transformations ont modifié les rapports aux collectivités établis auparavant par les CLSC, entraîné un alourdissement des structures de gestion et marqué une pénétration plus grande des principes de la nouvelle gestion publique (NGP) et de la logique médicale.

Dans ce texte, nous allons examiner les grandes composantes de la transformation institutionnelle des CSSS comme milieu majeur de pratique du travail social individuel et collectif au Québec. Nous nous attarderons aux dimensions politiques, administratives et professionnelles de ces transformations. Par la suite, nous examinerons les conséquences connues de ces transformations sur les pratiques de deux catégories de travailleurs sociaux. Enfin, nous explorerons les stratégies déployées par ces intervenants pour agir sur ces composantes et dimensions qui structurent leurs pratiques, et les questions que cela pose pour la recherche et la formation en travail social.

## **Transformations institutionnelles du contexte de la pratique du travail social de première ligne**

Le réseau public de services sociaux a connu de nombreuses réformes depuis sa création initiale au début des années 1970. Inspiré du Welfare State britannique, le système public québécois de services sociaux a été construit sur les principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité. De

plus, ce système se caractérisait par une liaison étroite entre le social et la santé communautaire, un accent sur la prévention et une place importante faite à l'organisation communautaire comme méthode d'intervention collective professionnelle vouée au développement et au soutien de l'action sociale et du mouvement associatif. En fait, le système socio-sanitaire public québécois apparaît dès le début comme un compromis entre les forces sociales qui revendiquaient des services collectifs pris en charge par l'État, et les courants technocratiques qui voulaient mettre en place un système de soins de santé et de services sociaux pouvant mieux soutenir le modèle fordiste de développement économique. Cela donna lieu à la création d'un réseau public de santé et de services sociaux d'abord créé à partir des anciennes institutions acquises des communautés religieuses tels les centres hospitaliers, les agences diocésaines de services sociaux, les hospices et les orphelinats. À ces institutions, s'ajoutent de nouvelles structures locales, les centres locaux de services communautaires (CLSC), nés d'expériences citoyennes innovantes, qui ont pour mission l'accès à une gamme de services sociaux, de santé et d'organisation communautaire. La promotion de ce système public est fondée sur un nouveau discours. On ne parle plus de maladie, mais de santé qui devient une question de droit et relève désormais de la responsabilité de l'État.

Après une courte période historique de montée de l'État-providence de 1960 à 1980, une première période de crise débute avec les années 1980. Sur le plan financier, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, on note dès les années 1970 un effondrement des gains élevés de productivité sur lesquels reposaient les finances publiques et l'État-providence (Lévesque, Bourque, Vaillancourt, 1999). Les politiques sociales et les services collectifs sont remis en question en raison des coûts associés à la gestion étatique centralisée, de l'augmentation croissante de la demande causée par le vieillissement de la population et la dislocation du tissu social, alimentée par la mondialisation et le chômage, et par une tendance à la baisse des entrées fiscales tirées des revenus d'emploi (Vaillancourt *et al.*, 2000). Les modèles de sortie de crise de l'État-providence (Martin, 1997) varieront selon les types de configuration que les États articuleront entre les composantes publique, domestique, marchande et non marchande (volontaire, sans but lucratif, associatif ou communautaire selon les sociétés) du « welfare ». Les modèles néolibéraux, comme aux États-Unis, privilégient la composante marchande, ou une combinaison compétitive des composantes marchande et à but non lucratif dans le cadre de « quasi-markets » régulés par la composante publique comme en Grande-Bretagne (Le Grand et Bartlett, 1993). Les modèles

socio-démocrates abandonnent peu à peu le principe de l'universalité, réduisent l'importance de la composante publique et valorisent les composantes à but non lucratif (associations volontaires, coopératives, mutuelles) (Martin, 1997).

Au Québec, dès la fin des années 1970, l'État social entre également en crise, crise des finances publiques et crise de légitimité (Jetté *et al.*, 2000). Malgré les gains apportés par l'État-providence au niveau de l'accessibilité aux services collectifs, de leur universalité et de leur gratuité, la régulation providentialiste comporte des aspects problématiques dont la centralisation excessive, la bureaucratisation et un déficit démocratique dans le contrôle des services collectifs (Vaillancourt et Tremblay, 2001). La gestion étatique providentialiste fondée sur la centralisation et la technobureaucratie a également pour effet de freiner l'innovation, de rendre le réseau public difficilement en mesure de s'adapter aux changements, et encore plus de contrer l'augmentation des problèmes sociaux. Ce qui fut alors remis en question, et c'est aussi le cas depuis cette période, est le partage de la légitimité et des compétences entre l'État, le marché, et la société civile.

Une série de réformes façonnèrent chacune à sa façon le système sociosanitaire québécois toujours soumis à trois grandes tendances ou orientations (Vaillancourt et al., 2000) soutenues par des acteurs et des intérêts spécifiques à chacune.

- 1- L'orientation sociale-étatiste qui vise la continuité du providentialisme.
- 2- L'orientation néo-libérale qui prône un État minimal et le recours aux lois et aux forces du marché.
- 3- L'orientation démocratique et solidaire qui propose une troisième voie entre l'État et le marché autour du renforcement des collectivités, de l'économie sociale et des associations soutenues par l'État, et où la société civile se produit elle-même et se densifie sous l'impulsion de l'expérimentation et de l'innovation sociales (Groulx, 1993). Cette orientation s'appuie sur des valeurs d'inclusion sociale, d'*empowerment* des collectivités, de démocratisation de l'organisation du travail et de la gestion des services collectifs (participation des producteurs de services et des utilisateurs), et de décentralisation (transfert de pouvoirs et de ressources vers le local).

## **Nouvelle gestion publique**

Selon Larivière (2005), une des premières manifestations au Québec de l'influence de la nouvelle gestion publique (NGP) apparaît avec l'adoption de la Loi 120 en 1991 qui introduit les notions de décentralisation, de visée de résultats, de rendement, d'accessibilité, de continuité accrue, de responsabilisation des prestataires de services ainsi que d'enquête de satisfaction de la part des « clients ». Depuis une vingtaine d'années, la NGP « fait partie d'un ensemble de recommandations destinées à mettre fin à des formes d'État-providence jugées illégitimes et productrices d'effets anti-économiques [...] et à nier toute différence entre le secteur privé et le secteur public » (Merrien, 1999: 95). Larivière (2005, inspiré de Giauque, 2004) en recense les principales caractéristiques:

- Le politique fixe les objectifs que l'administratif doit réaliser ;
- Le discours public est axé sur la décentralisation, mais dans la pratique il y a une croissance du contrôle à partir d'objectifs déterminés et une rationalisation des structures (moins d'organisations, plus lourdes) ;
- La volonté de contrôler les coûts s'affirme par un suivi budgétaire (comptabilité analytique et imputation précise) et plus de flexibilité managériale (liberté de choix des moyens) dans le cadre des objectifs à atteindre (y compris des possibilités de sous-traitance et de partenariat public/privé) ;
- Les efforts pour une plus grande responsabilité administrative visent une efficacité accrue (imputabilité par objectifs, mesure de la performance) ;
- Le discours public parle aussi de rapprochement du client mais parallèlement, on observe une réduction de la participation citoyenne ;
- La planification et le management stratégiques sont encouragés (notamment à la suite des transformations organisationnelles et des modifications de mandats) ;
- On observe un changement des styles de gestion vers l'approche de l'excellence et davantage de contrôle et l'introduction d'incitatifs monétaires pour récompenser l'atteinte des objectifs fixés ;
- La NGP favorise une utilisation accrue des technologies de l'information (notamment

pour un monitoring des clientèles, des processus et des résultats).

Essentiellement, la NGP vise à restreindre le rôle de l'État dans la société et à mieux utiliser ses ressources en ciblant davantage leur usage et leur contrôle, dans un contexte où leur disponibilité est limitée par des gouvernements peu disposés à investir dans des mesures sociales. (Larivière, 2005). Bien plus, la NGP valorise le secteur privé et favorise l'établissement d'un système de santé et de politiques sociales à deux vitesses, soit un accès plus rapide pour les mieux nantis via le secteur privé, et une accessibilité plus longue et limitée au secteur public pour la majorité de la population. Comme le souligne Merrien (1999 : 101):

On constate en général que la situation globale ne s'améliore pas; que les anciens services publics s'étiolent alors que les services privés prospèrent, et qu'enfin la population la plus défavorisée, souvent captive du service public, voit sa situation se détériorer. Selon Hirschman, la raison en est que les services publics perdent le moteur de leur amélioration : la protestation des personnes les plus cultivées et les plus influentes.

La privatisation des services de santé et les partenariats public-privé ont le vent dans les voiles, y compris avec des fondations privées comme c'est le cas avec la Fondation Lucie et André Chagnon au Québec. Cette fondation privée a mis sur pied conjointement avec le Gouvernement du Québec trois programmes (Promotion des saines habitudes de vie, Québec-enfants et Soutien aux aidants naturels) dans lesquels l'État investit sur 10 ans des sommes équivalant à celles que la Fondation décide elle-même d'y investir. Dans le seul programme des Saines habitudes de vie, la subvention gouvernementale représente près de 10 fois l'investissement de l'État dans l'Approche territoriale intégrée de lutte à la pauvreté. Ces programmes conjoints sont des exemples de coconstruction de politiques publiques où le privé est solidement présent, voire omniprésent, et le mouvement communautaire absent alors qu'il se retrouve fortement sollicité dans la coproduction des activités prévues dans ces programmes<sup>1</sup>.

Dans les faits, les principes de la NGP se sont adaptés aux contraintes et aux occasions spécifiques au Québec telles que les a façonnées l'action des forces politiques et sociales. Ainsi, la décentralisation chère à la NGP, est plutôt vécue sous un mode de déconcentration administrative. De plus, la participation des utilisateurs préconisée dans le discours de la NGP, a été fortement réduite sur les conseils d'administration des institutions publiques et plutôt reléguée à des comités d'usagers. Les citoyens-utilisateurs sont ramenés aux rôles et statut de clients.



Enfin, l'approche de l'excellence au plan de la livraison des services est définie en fonction de critères d'efficacité et d'une accentuation des formes de contrôle qui sont souvent en contradiction avec les critères de qualité des pratiques voire de l'éthique professionnelles.

### **Politiques gouvernementales et transformations institutionnelles**

En décembre 2003, le nouveau gouvernement Libéral fait adopter la Loi 25 qui met en place les 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont pour mandat d'améliorer l'état de santé des populations en assurant, entre autres, une meilleure accessibilité et continuité des services. Cette loi représente à la fois une continuité et une rupture avec les orientations gouvernementales précédentes. Continuité parce qu'elle crée les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sous la gouverne d'une seule instance locale publique à qui elle donne le mandat et l'imputabilité de coordonner les services des différents dispensateurs locaux.

Par ailleurs, on peut constater une rupture avec les orientations gouvernementales précédentes sur les questions de la composition institutionnelle et du territoire du nouvel établissement public de première ligne, du mandat des CSSS, ainsi que des nouveaux rapports qui s'établiront entre les CSSS et les organismes communautaires et d'économie sociale de leur territoire.

La Loi 25 a imposé la création de CSSS issus de la fusion des établissements publics existants sur un territoire donné. Cela implique des centres hospitaliers (CH) de soins généraux et spécialisés (et comportant des centaines de lits) avec un ou plusieurs CLSC dont le budget et le nombre d'employés représentent une fraction de ceux des CH en question. Le territoire du réseau « local » tend à correspondre maintenant au bassin de desserte du centre hospitalier qui peut, selon le cas, regrouper le territoire d'un ou plusieurs CLSC. Comme il y a maintenant 95 CSSS au Québec comparativement à 153 CLSC auparavant, on peut constater que plusieurs territoires des nouvelles structures sont davantage sous-régionaux que locaux. De plus, la mission hospitalière devient centrale de la plupart des CSSS (souvent dirigés par des médecins) puisque le budget et les priorités de cette mission pèsent évidemment beaucoup plus lourd que la mission de services sociaux et même de santé de première ligne.

Au plan du mandat, les CLSC devaient adapter leur offre de services aux particularités de leur territoire. Avec la création des CSSS, l'État entend normaliser l'offre de services partout au

Québec. Pour ce faire, on adopte l'approche par programme qui vise neuf priorités sous forme de programmes, retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces programmes sont la santé publique, les services généraux, la perte d'autonomie liée au vieillissement, la déficience physique, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, les jeunes en difficulté, la santé mentale et la santé physique. Tous ces programmes font l'objet d'ententes de gestion entre les CSSS et le MSSS accompagnées d'indicateurs quantitatifs de résultats et de pénalités financières en cas de non respect.

Avec l'adoption, en 2005, du projet de loi 83, chacun des CSSS doit produire un Projet clinique (MSSS, 2004b) répondant aux besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire selon une approche populationnelle, mais aussi en fonction des programmes du MSSS, le tout sans argent neuf. La Loi 83 stipule que les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation des partenaires du territoire à la définition du projet clinique qui doit comprendre les modalités de collaboration réseau public/communautaire. Ces modalités passeront, entre autres, par des ententes de services. À ce chapitre, le MSSS stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec le CSSS de leur territoire les modalités de leur collaboration à une offre de services intégrés à la population de leur territoire. La politique précise que cela soit se faire dans le respect de l'autonomie des organismes communautaires (MSSS, 2004b: 56).

En pratique, malgré ces ouvertures prometteuses, le MSSS encadre les projets cliniques en établissant une série de principes qui pourraient, dans certains cas, contredire les aspects positifs précédemment soulignés. En premier lieu, le principe de « hiérarchisation des services » pose problème pour les services communautaires et bénévoles qui, par définition, sont autonomes et ne relèvent pas du réseau public. Le MSSS élabore longuement le principe de la standardisation des pratiques et processus: « Les centres de santé et de services sociaux, pour assurer une qualité de services et une hiérarchisation appropriée de l'accès aux services, doivent mettre en place des mesures découlant de la standardisation des pratiques, des stratégies et des processus. » (MSSS, 2004b, 25). Ce principe constitue une menace pour les pratiques d'intervention sociale en les soumettant à des protocoles et pratiques en provenance du champ de la santé, mais aussi pour les pratiques associatives et communautaires dont l'accent mis le contact humain et chaleureux,

(approche globale, prévention, etc.) fait justement la qualité. Les principes de hiérarchisation et de standardisation contrastent avec le discours de mobilisation de partenaires autonomes pour la définition d'un projet clinique aux couleurs locales.

La création des CSSS matérialise plusieurs propositions qui, selon Merrien (1999 : 99), caractérisent la NGP : distinction des rôles entre *pouvoirs politiques* à qui il revient de *fixer les grands objectifs à atteindre* et les institutions responsables des services *au moindre coût*; création d'*agences fonctionnelles autonomes*; établissement de *procédures contractuelles ou semi-contractuelles*, les ententes de gestion établissant quantitativement les services et l'allocation de fonds; reddition de comptes *face à leurs clients, mais aussi face à leurs financeurs*; imputabilité des gestionnaires *soumis à une mesure de leur performance* et transformation des usagers en clients *assimilés à des consommateurs individuels*. Ces choix organisationnels inquiètent parce qu'ils impliquent un changement dans les rapports entre professionnels et usagers des services basé sur une conception des services professionnels réduite à une série séquentielle d'actes techniques que l'on peut soumettre à l'analyse dite de l'élimination des gaspillages ou méthode « lean » ou « dégraissée » qui trouve ses sources au Japon et que la NGP prétend pouvoir dupliquer de la sphère marchande vers les services publics<sup>2</sup>. Cette approche postule implicitement que les problèmes dans la dispensation des services proviennent d'une carence dans la rationalisation de leur management et non d'un manque de ressources, et encore moins des conditions de vie ou des dimensions collectives (sociopolitiques) du vécu des utilisateurs de services. Ces utilisateurs, définis comme clients, ne peuvent être ni sujets ni acteurs du changement. Selon la conception même du MSSS, ils sont objets d'interventions standardisées :

D'une part, la standardisation vise l'alignement des pratiques avec des **normes et des standards reconnus** et applicables aux contextes locaux. La standardisation s'applique aussi aux pratiques cliniques individuelles et de groupe par le biais de l'adhésion à des **protocoles ou lignes directrices** fondés sur les **données probantes** ou les **meilleures pratiques selon les consensus d'experts**. (MSSS, 2004b : 25)

Cette propension à la standardisation des pratiques est renforcée par la montée en importance de la logique médicale dans les institutions de santé et de services sociaux de première ligne au Québec.

## **Santé et social : contraintes et opportunités**

Le rapprochement entre le social et la santé dans le cadre des CLSC a généralement représenté un avantage du point de vue de la qualité des services dispensés par ces établissements publics de proximité. Il s'agissait cependant de services de santé de type familial et de première ligne dont la faible présence, en raison d'un désintéressement de la majorité des médecins et de leurs associations qui leur préféraient le secteur privé, a affaibli les CLSC et pavé la voie à leur disparition à la faveur de leur fusion avec les centres d'hébergement et les hôpitaux pour créer les nouveaux CSSS. Or, les CSSS ne sont pas organisés autour des services médicaux généraux et familiaux, qui sont toujours l'apanage des cliniques privées. La définition de leurs services relève davantage de la mission hospitalière où les spécialités médicales pèsent souvent très lourd. Les services sociaux et l'organisation communautaire qui pouvaient cohabiter de manière intéressante avec des services médicaux de première ligne, s'en trouvent dévalorisés et secondarisés, voire instrumentalisés au profit de la mission hospitalière d'un CSSS. Le rapport entre le social et la santé comme construction originale permettant de mieux appréhender de manière globale la complexité des problèmes des individus, familles et collectivités, est soumis à un rapport de pouvoir qui joue en faveur d'une conception de la santé selon la logique médicale.

De plus, avec la création des CSSS, nous pouvons noter une diminution de la proportion des supérieurs immédiats des travailleuses sociales qui ont une formation de base en travail social (-4,5%) au profit d'autres formations en santé, notamment en soins infirmiers (+3%), et cela en l'espace d'une seule année soit de 2006 à 2007 (Larivière, 2007). Les résultats de l'enquête prévue en 2008 permettront de vérifier si cette tendance se maintient.

Par ailleurs, à partir du début des années 2000, le domaine de la santé publique prend une importance nouvelle dans le réseau public de santé et de services sociaux au Québec, y compris dans les CSSS. Depuis l'adoption de la Loi sur la santé publique en 2001, ces derniers doivent en effet, de concert avec leurs partenaires communautaires et institutionnels, élaborer un plan d'action local en santé publique qui doit s'inscrire en continuité avec le Programme national de santé publique. En ce domaine comme dans d'autres, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris un mouvement de centralisation politique et de déconcentration administrative depuis le début des années 2000, après la décennie de décentralisation des années

1990.

Le Programme national de santé publique (MSSS, 2003) comporte une approche prescriptive envers les CSSS. Ceux-ci doivent appliquer des programmes de santé publique qui visent des problèmes et des enjeux sociaux comme le développement des enfants, le soutien aux jeunes parents, la faim, la violence conjugale, les problèmes d'adaptation sociale, etc. Ces programmes de santé publique sont généralement des programmes créés par des experts (souvent des médecins) en fonction de problèmes et de solutions qu'ils ont identifiés et que l'on demande aux CSSS d'appliquer dans leur milieu, un mandat qu'ils relaient souvent à leurs travailleurs sociaux communautaires. Ces programmes de santé publique se basent sur le courant des meilleures pratiques (best practices) qui se situe dans le mouvement plus général de la NGP. Ces meilleures pratiques sont issues des données probantes validées par des recherches scientifiques se situant généralement dans les courants déterministe et positiviste. Lecomte (2003) relève les principales critiques formulées à l'endroit du modèle des meilleures pratiques basées sur des données probantes :

- 1- Il existe un biais inhérent à ce modèle créé par le fait qu'il ne s'appuie que sur la documentation publiée et induit un jugement de valeur voulant que le manque de données probantes en regard d'une pratique signifie un manque de valeur pour cette dernière;
- 2- Le modèle sous-estime ou ignore les spécificités culturelles des personnes ou des collectivités. Il comporte également le danger de véhiculer un monopole culturel car la majorité des projets d'intervention évalués sont américains et la presque totalité sont de langue anglaise. Il y a donc risque de reproduire les meilleures pratiques américaines et anglo-saxonnes (avec les valeurs s'y rattachant) au détriment de l'innovation créatrice reposant sur la culture québécoise;
- 3- Il secondarise le jugement des intervenants en imposant des pratiques qui évacuent la nécessaire prise en considération de toutes les conséquences pertinentes d'une intervention avant de l'appliquer. Ce modèle comporte le danger de l'uniformisation et de la standardisation des pratiques, favorisant les approches médicale et administrative au détriment de l'élément essentiel de toute intervention soit la relation entre le professionnel et l'utilisateur, individuellement ou en groupe;

- 4- Ces pratiques sont basées sur des recherches dont la validité interne est certes démontrée (justesse du lien entre les données et leur interprétation), mais dont la validité externe (la possible généralisation des résultats) n'est pas assurée pour autant. Compte tenu de la diversité des contextes aux plans culturel, socio-économique, organisationnel, politique, etc., comment prétendre transférer un modèle d'intervention validé pour un milieu donné, à d'autres milieux et y obtenir les mêmes résultats?

On retrouve dans la littérature des questionnements provenant d'associations et de chercheurs quant au type d'approche véhiculé par certains programmes de santé publique dont celui d'intervention précoce en petite enfance (Parazelli et al, 2003; Laurin et Stuart, 2003). On soulève que ces programmes peuvent être trop intensifs, qu'ils pourraient favoriser une intervention s'apparentant à de l'acharnement auprès des groupes visés, et qu'ils risquent d'imposer des valeurs différentes des leurs. Ces programmes se centrent généralement sur des modifications de comportements et d'habitudes de vie considérés à risque pour les groupes visés, qualifiés de vulnérables. Ces groupes sont généralement issus des couches exclues et défavorisées de la société, mais l'intervention préconisée à leur endroit semble ignorer la réalité de leurs conditions et de leur milieu de vie, pour privilégier leur adaptation individuelle par le moyen d'acquisition « d'habiletés parentales » ou autres « saines habitudes de vie ». Ces programmes ont tendance à évacuer la dimension collective, et évidemment politique, des problèmes visés, ainsi que la capacité des personnes et groupes concernés à en influencer les contenus. Refuser de reconnaître cette légitimité et cette compétence citoyennes équivaut à instaurer un rapport de pouvoir basé sur la position épistémologique voulant qu'il y a « ceux qui savent » définir les problèmes, les besoins et les programmes d'intervention et « ceux qui ne savent pas » (Parazelli et al., 2003: 89).

Malgré ces aspects inquiétants, le développement de la santé publique comporte également des dimensions intéressantes. Compte tenu de la prédominance de la mission hospitalière et curative dans la majorité des CSSS, la présence et le développement de la santé publique a pu constituer à plusieurs endroits une sorte de protection pour les champs de la prévention et de l'intervention sociale, particulièrement de type collectif. En effet, le discours de la santé publique fait une large place aux déterminants sociaux de la santé que sont la pauvreté et les conditions de vie en

général. De plus, les inégalités observées en santé sont directement liées aux inégalités sociales. En fait, un courant très actif en santé publique fait la promotion des pratiques d'*empowerment* et de développement des communautés<sup>3</sup>, lesquelles font une place centrale aux processus d'habilitation et d'autonomie des personnes et des collectivités. Ce courant s'appuie sur un postulat voulant que l'adaptation des interventions publiques au terrain et aux populations concernées soit un facteur plus important de succès que la fidélité aux programmes (Bilodeau, A. et al., 2004; Bisset, 2008). L'adaptation passe par la participation qui favorise l'élargissement des sources d'information et permet la diversification des stratégies d'action. Or, la participation peut varier sur un continuum allant de la présence symbolique à l'intégration réelle dans toutes les phases de la décision depuis la conception même d'un programme ou d'une intervention. C'est cette dernière perspective qui est poursuivie, particulièrement au niveau du développement des communautés où l'enjeu est de mettre les ressources du réseau public au service du développement démocratique des collectivités plutôt que d'utiliser les collectivités pour atteindre des objectifs de santé publique.

### **Logique gestionnaire, logique médicale et de santé publique, et intervention sociale**

La transformation du réseau public de services sociaux met en présence au moins trois logiques. En premier lieu, la logique gestionnaire met l'accent sur l'atteinte de résultats quantitatifs fixés de manière centrale par l'appareil politico-administratif et associés à des ententes contractuelles contraignantes. Il s'agit de produire des services publics selon les standards du secteur privé au moyen d'outils de contrôle des interventions et de mesure de satisfaction de clientèle. La productivité est mesurée à l'aide de systèmes d'information sophistiqués et les actes professionnels sont découpés et rationalisés à la lumière des données probantes et des meilleures pratiques. Les secteurs privé et associatif sont mis à contribution dans un rapport plutôt favorable au premier. Selon Merrien (1999 : 101) l'« erreur fondamentale de la NGP est de porter les responsables à s'intéresser prioritairement à l'efficacité de leur organisation en négligeant la réponse aux besoins de la société ».

En second lieu, les logiques médicale et de santé publique imposent, dans le premier cas, la mission hospitalière et curative des CSSS, et, dans le second une médicalisation des problèmes et phénomènes sociaux menant à une approche épidémiologique et une intervention programmée, axée sur les comportements et les habitudes de vie. Dans la logique de santé publique, cohabite

cependant un courant d'*empowerment* et d'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Enfin, la logique d'intervention sociale demeure présente, mais, selon Larivière (2005 : 13), soumise à la nouvelle gestion publique qui constitue une menace sérieuse pour toutes les formes d'intervention sociale dans la mesure où elle cherche : « à revaloriser les droits des usagers (accessibilité et continuité accrues, imputabilité des prestataires de services, enquête de satisfaction), mais sans changer le déséquilibre historique typique entre l'ampleur des besoins et la rareté des ressources sociales. »

La logique gestionnaire accorde une importance majeure aux résultats (en particulier aux résultats financiers), et la logique médicale accorde une importance au rôle stratégique des experts et des données probantes dans l'atteinte de ces résultats. La logique d'intervention sociale quant à elle accorde une importance principale au processus et à la relation entre intervenants et usagers (individu, groupe ou collectivité). La qualité de ce processus et de cette relation est perçue comme garante de meilleurs résultats parce que les objectifs de changement sont déterminés conjointement entre l'intervenant et l'utilisateur, ainsi que les moyens à mettre en action pour y arriver. La présence soutenue dans le temps et l'adaptation constante de l'intervention sont des facteurs valorisés dans la logique de l'intervention sociale, mais qui entrent en conflit avec les exigences de productivité à court terme et de fidélité aux protocoles et aux meilleures pratiques des autres logiques en présence. Cette tension, voire cette confrontation entre les logiques a des impacts sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CSSS, qui sont différents en intervention individuelle ou en intervention collective.

### **Impacts sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CSSS en intervention individuelle**

L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec a cherché à connaître l'opinion de ses membres sur l'impact de la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Un sondage en ligne a donc été réalisé en 2007 en plus de la tenue d'un colloque à Québec, pour explorer les conséquences de cette transformation majeure des structures organisationnelles sur les répondants et sur leur travail en CSSS. Il est apparu, même si des conséquences sont déjà identifiables, que l'impact réel de la réforme devra être de nouveau mesuré au terme du processus de réforme qui est encore en cours dans la plupart des établissements.



Selon le rapport (Larivière, 2007), les répondants estiment que la création des CSSS a eu un impact passablement ou énormément important sur leur contexte de travail (75 %) : relations avec l'entourage professionnel, style de gestion de l'établissement où ils travaillent, présence ou absence d'encadrement et aspects bureaucratiques du fonctionnement de cette organisation. Selon l'auteur, la création des CSSS « génère des effets secondaires tout à fait indésirables qui risquent d'atténuer ou d'annuler les effets positifs recherchés (accessibilité, continuité des services) » (Larivière, 2007 : 7). De plus, les impacts sur les tâches (nature, envergure, responsabilité) sont nommés par 49 % des répondants, ce qui indique que la transformation institutionnelle ne touche pas seulement les structures, mais également l'organisation du travail et les pratiques. À une question portant sur les situations vécues qui provoquent le plus de difficultés, les deux tiers des répondants ont choisi la catégorie : « Le style de gestion ne répond pas à mes attentes », ce qui fait dire à l'auteur du rapport que la tradition plus hiérarchique et technobureaucratique des centres hospitaliers risque d'accentuer la distance entre le point de vue de la direction et celui des intervenants sociaux. Plus précisément, trois dimensions affectent négativement près de 50 % des répondants : « Mes valeurs sont en conflit avec celles de l'organisation » (54 %), « je vis une surcharge quantitative (charge de cas) » et « le travail d'équipe est insatisfaisant » (46 %). Plus du tiers des répondants soulignent des malaises autour de cinq affirmations: « Le soutien qui m'est offert [par mon employeur] » (44 % d'insatisfaction), « Je dois gérer une liste d'attente » (43 %), « Ma tâche est mal définie » (42 %), « Des contraintes sont imposées quant à la nature de mes interventions (35 %) », « Mon expertise n'est pas reconnue » (34 %). Cela n'empêche pas cependant 59 % des répondants d'être satisfaits de leur travail avec les personnes aidées et 10 % d'en être très satisfaits.

L'analyse de l'ensemble des données indique que la création des CSSS provoque un profond choc de culture où le social est relégué au second rang. De nombreux cadres récemment nommés connaissent très peu la réalité du social qu'ils sont appelés à soutenir et à gérer. Les travailleuses sociales souhaitent que les gestionnaires des CSSS encouragent des formes réelles de participation aux décisions qui les concernent et qu'ils les consultent sur les orientations qui affectent leur environnement de travail. Au-delà du style de gestion, Larivière (2007 : 15) souligne qu'« un malaise certain existe autour de l'organisation du travail qui constitue l'aspect qui provoque le plus de commentaires des répondants ». Différents aspects sont concernés :

manque de stabilité et disponibilité de l'encadrement autant administratif que clinique, souhait d'avoir des tâches mieux définies et davantage de possibilités de développer son expertise, recherche de flexibilité, de reconnaissance accrue et d'équité. Les réponses formulées par les répondants montrent que, lorsque le CSSS ne répond pas à leur attente, ils développent des formules alternatives pour éviter les difficultés reliées à l'inexpérience, résoudre les cas complexes et éviter l'épuisement professionnel. Il peut s'agir de comités de pairs, de groupes de co-développement, d'échanges cliniques, d'entraide spontanée, ces moyens illustrant, selon Larivière (2007), la débrouillardise sociale.

Une autre recherche, en cours présentement<sup>4</sup>, auprès de quatre CSSS et de leur programme Perte d'autonomie liée au vieillissement apporte un éclairage additionnel. Des entrevues ont été réalisées avec des cadres de CSSS, des travailleuses sociales (TS) ainsi qu'auprès de responsables d'organismes communautaires et d'économie sociale qui collaborent avec les CSSS.

Les répondants identifient des avantages ou des gains associés à la création des CSSS dont le principal serait de dégager un espace pour une offre de services qu'un seul CLSC n'aurait pas été en mesure d'offrir : « Dans la mesure où on a trois CLSC [...] on a une intervenante sociale qui travaille avec les intervenants de milieu [...]. C'est sûr que si on demandait à chacun des CLSC de supporter, ça peut être lourd. » Cela rejoint l'analyse de Larivière (2005) qui souligne des éléments positifs provenant de la NGP dont la création de tables de concertation se penchant sur diverses problématiques, des agents de liaison permettant d'assurer la continuité des interventions, des guichets uniques qui facilitent l'accès aux services, et des réseaux intégrés de services devant permettre l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services.

Cependant, le rôle des TS se transforme en étant davantage orienté vers la gestion de cas et, comme le dit une directrice générale d'un CSSS, « ça devrait s'intensifier quant à moi ». Les cadres rencontrés en entrevue tiennent un discours assez cohérent sur le changement, qu'il soit déjà effectif ou annoncé : à leurs yeux, le travail social va changer en termes de tâches, de perspective d'intervention et d'alourdissement. Ils sont unanimes sur le fait que la tâche en travail social passe de suivis psychosociaux à la gestion de cas : « C'est la réalité avec laquelle on va devoir composer et on n'a pas le choix ». Un autre cadre dit que les TS « continuent à faire du travail social, sauf que ce qu'ils ont moins le temps de faire c'est ce que j'appelle un processus

thérapeutique, travailler des choses avec le client, un suivi régulier ». Les cadres sont conscients que, pour les travailleuses sociales, c'est un deuil même si, de leur point de vue, il s'agit bel et bien d'une intervention clinique différente de celle à laquelle les TS sont habitués : « C'est un changement de culture ». En fait l'étiquette clinique recouvre une divergence de conception entre les cadres et les travailleuses sociales. Pour ces dernières, la gestion de cas éloigne du clinique, alors que, selon un cadre, « c'est une charge clinique. [...] On leur demande que le plan d'intervention soit fait, on leur demande d'avoir la cote ISO-SMAF<sup>5</sup> parce que ça nous permet au comité d'allocation de services de voir c'est quoi les besoins du client ». Et d'ajouter : « Ce sont des cliniciens, hein! Alors les cliniciens sont rébarbatifs à ces considérations-là », au rôle d'« intervenant-pivot » qui revient majoritairement aux travailleuses sociales parce qu'elles sont plus nombreuses que les spécialistes en réadaptation dans les équipes interdisciplinaires. » Ainsi, un des motifs premiers pour confier aux travailleuses sociales le rôle de gestionnaires de cas tient au fait que l'on considère les professions de la santé, comme c'est le cas pour les infirmières, en pénurie de main d'œuvre au Québec.

De leur côté les travailleuses sociales sont inquiètes ou déçues de ces changements même si elles ont de prime abord le sentiment que leur pratique n'a pas encore radicalement changé. Elles appréhendent que cette nouvelle réforme ne fasse en sorte qu'elles doivent « s'éloigner des gens » pour faire de la « paperasse », éteindre des feux et négliger la prévention. Une crainte partagée par un répondant d'une association : « Toute la réorganisation du CSSS ici a diminué la capacité des équipes de travailleuses sociales et des intervenantes du CSSS à faire du dépistage. Déjà cette capacité-là n'était pas à son maximum du temps des CLSC, mais ça a encore diminué. »

Les travailleuses sociales estiment que c'est le contact avec les personnes qui y perd, alors que leur satisfaction au travail provient du contact avec les personnes en besoin : « C'est là où je me sens le mieux : quand je suis à domicile ». Comme l'exprime une travailleuse sociale : « Au fil des années, la place qui est laissée au travail social en soi, je parle de suivis psychosociaux, d'interventions familiales, de support psychosocial, on perd de cet espace-là parce qu'on fait de plus en plus de gestion. » On développe du même coup les mesures de contrôle : « On se fait plus talonner pour les statistiques [...] Sauf que ça a un impact sur le travail social parce que pendant

que tu fais ça, tu n'en fais pas du travail social. »

Quatre besoins sont exprimés dans les entrevues quant au cadre de pratique professionnelle des travailleurs sociaux : la supervision professionnelle, le soutien entre pairs, la formation, et le besoin d'encadrement proprement dit, en particulier lorsque des décisions requièrent l'aval de l'établissement. À ce chapitre, les problèmes de continuité et de cohérence en lien avec l'encadrement administratif recourent ceux identifiés dans la recherche précédente : « On a quand même changé de patron deux fois depuis la fusion. Il y a un cadre qu'on avait bien aimé, elle est partie. [...] elle a donné sa démission et on aurait pu faire quelque chose de bien avec elle parce qu'elle avait le côté clinique qu'on n'a pas actuellement ».

Ces deux recherches indiquent qu'il existe un écart entre les objectifs et les promesses de la NGP, ou de la création des CSSS, et la réalité du terrain. Comme le rappelle Larivière (2005), le discours de la NGP porte particulièrement sur la possibilité de rendre des services de meilleure qualité en les débureaucratisant et en valorisant les compétences et les initiatives individuelles, ce qui motiverait les employés à participer à l'atteinte des objectifs fixés. Cependant, dans la réalité, les institutions issues de la NGP se fondent sur une organisation du travail, du moins en ce qui concerne le travail social, qui déqualifie l'expertise professionnelle acquise et prône l'accentuation des formes de contrôle ainsi que la recherche constante du rendement. Cela pose un défi de taille aux gestionnaires qui cherchent à mobiliser leur personnel. Quant aux travailleuses sociales en intervention individuelle, leurs stratégies d'action face aux impacts des logiques gestionnaires et médicales ne ressortent pas clairement de ces recherches. Il en va tout autrement pour les travailleuses sociales de la seconde catégorie.

### **Impacts sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CSSS en intervention collective**

Depuis 1975, les conventions collectives en vigueur dans le réseau public de santé et de services sociaux comportent le titre d'emploi d'organisateur communautaire qui est ainsi libellé:

Personne qui fait l'identification et l'analyse des besoins de la population avec des groupes concernés. Elle conçoit, coordonne et actualise des programmes d'organisation communautaire afin de répondre aux besoins du milieu et de promouvoir son développement. Elle agit comme personne ressource auprès des groupes.

Quelque 400 professionnels occupent cette fonction au Québec dont 60 % ont une formation universitaire initiale en travail social (Comeau et al., 2008). Le ministère de la Santé et des Services sociaux résume comme suit la contribution de l'organisation communautaire :

Mise en évidence des besoins de la population, conception, mise en œuvre et soutien d'actions communautaires, concertation et mobilisation des acteurs, contribution au développement des communautés locales. (MSSS, 2004a: 83)

Dans les milieux de la formation universitaire en travail social, l'organisation communautaire est définie comme

[...] une intervention sociale qui agit principalement au sein de communautés locales [...], qui mise sur [leur] potentiel de changement social [...] à partir de l'identification de besoins ou de problèmes qui sont des objets de tension dans ces communautés; [...] qui a une visée de transformation sociale et de démocratisation permanente [...] [et] une préoccupation centrale d'organisation de nouveaux pouvoirs et services au sein de ces communautés locales; [...] qui se démarque du travail social d'assistance et de pratique traditionnelle d'aide sociale (les "Charity Organizations"), c'est-à-dire qu'elle met l'accent sur les forces, les talents et les habiletés des gens plutôt que sur leurs insuffisances. (Bourque et al., 2007 : 11)

L'organisation communautaire est avant tout une méthode d'intervention professionnelle qui :

- 1- s'adresse prioritairement aux collectivités affectées par les inégalités, les dépendances, la marginalité, l'exclusion et l'appauvrissement, dans une perspective de justice sociale;
- 2- est pratiquée en soutien au processus planifié d'action collective par lequel le groupe ou la collectivité identifie ses besoins, mobilise ses ressources et développe une action pour y répondre;
- 3- et est orientée vers le changement social par le renforcement de l'autonomie du groupe ou de la collectivité, de la solidarité de ses membres et de leur participation sociale au moyen de pratiques démocratiques. (Lachapelle, 2003 :16)

Une telle conceptualisation de l'organisation communautaire est en contradiction avec les pratiques d'instrumentation des communautés et de changements programmés qui caractérisent bon nombre de programmes de santé publique et, généralement, l'approche par programme du MSSS. Elle est également en porte-à-faux avec le mandat des CSSS de coordination des ressources communautaires d'un territoire, mandat qui serait associé à un rapport de domination

de la part de l'institution à la faveur d'ententes de services plus près de la sous-traitance que du partenariat.

Cette distance entre la logique et l'éthique d'intervention en organisation communautaire et la logique gestionnaire pourrait expliquer pourquoi un CSSS de la région de Montréal a pris la décision récemment de remplacer tous ses dix postes d'organisateur communautaire par des postes d'agent de planification, de programmation et de recherche<sup>6</sup>. Ce titre d'emploi renvoie à des fonctions de développement de services et de programmes institutionnels alors que l'organisation communautaire soutient et développe l'action collective et associative. Il y a près de 2 000 agents de planification, de programmation et de recherche répartis entre le MSSS, les Directions régionales de santé publique et dans les Agences régionales de santé et de services sociaux, là où s'élaborent les programmes. Ce qui manque dans les services publics de santé et de services sociaux, ce ne sont pas des planificateurs, mais des intervenants qui sont sur le terrain avec les populations pour qu'elles s'approprient ces programmes et les adaptent pour mieux répondre à leurs besoins et à leurs aspirations. Bien plus, les organisateurs communautaires dont le travail se situe à la jonction de la société civile et des services publics, visent à transformer les problèmes collectifs en solutions collectives qui proviennent de processus d'identification des priorités d'un milieu et de réponses innovantes et co-construites avec les pouvoirs et les services publics. La réalisation de la mission des CSSS quant à l'amélioration de l'état de santé ne relève pas seulement d'une expertise de planification, mais d'une expertise professionnelle de développement et de mobilisation des collectivités. Il s'agit de soutenir la capacité des collectivités d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de prendre en charge leur développement, avec comme conséquence positive l'amélioration de leur santé. Les problèmes de santé que rencontre la population québécoise sont, dans une très large mesure, évitables comme l'a démontré le Directeur national de la santé publique (MSSS, 2005). Ils découlent des conditions de vie et de l'environnement social auxquels s'adresse précisément l'organisation communautaire par l'action collective. Ce processus exige un soutien et des expertises qui doivent résolument se mettre au service du processus participatif et démocratique plutôt que de chercher à le déterminer dans l'une ou l'autre de ses composantes ou de ses étapes. Aussi vaut-il mieux une initiative ou un projet qui mobilise les acteurs locaux qu'un programme évalué scientifiquement, mais auquel la collectivité ne s'identifie pas ou qui ne correspond pas aux

particularités du milieu. Voilà l'une des contributions stratégiques de l'organisation communautaire en CSSS que les travailleuses sociales en intervention collective réussissent à faire valoir avec un certain succès.

## **Conclusion**

La Nouvelle gestion publique, ainsi que les logiques gestionnaires et médicales, comportent des enjeux importants et posent des défis de taille pour les intervenants sociaux des CSSS au Québec. Quelles sont les stratégies déployées par les intervenants sociaux pour se préserver une marge de manœuvre et développer des pratiques professionnelles signifiantes? Quelles sont les nouvelles compétences à acquérir de leur part? Les réponses à ces questions sont différentes selon les catégories de travailleuses sociales. Ainsi, pour les travailleuses sociales en intervention individuelle, il est difficile d'identifier une ou des stratégies articulées pour composer avec la NGP et les logiques qui en découlent. Larivière (2007) identifie des moyens qu'il qualifie de débrouillardise sociale comme la mise en place de comités de pairs, groupes de co-développement, échanges cliniques, entraide spontanée, etc. Il constate par ailleurs que l'alternative d'introduire des conseillers cliniques ayant une formation en travail social ne semble pas suffisamment généralisée. Du côté de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, en plus de piloter l'enquête d'impact sur ses membres de la création des CSSS, la stratégie globale a consisté jusqu'à présent à revendiquer des champs de compétence spécifique et des actes réservés pour les travailleuses sociales professionnelles. Un référentiel de compétences a été élaboré et des représentations s'exercent sur les unités de formation universitaire en travail social pour que les programmes de formation répondent mieux à ce référentiel de compétences. Ce référentiel fait par ailleurs l'objet de critiques de la part de certaines unités de formation en raison de son caractère jugé trop « technicisant ». En fait, il n'y a pas encore de consensus entre l'Ordre et les unités de formation universitaire sur l'orientation stratégique à adopter pour repositionner le travail social dans le réseau public de première ligne et adapter la formation en conséquence.

Il en va autrement du côté des travailleuses sociales en intervention collective pour les raisons suivantes :

- 1- Depuis 1988, elles se sont dotées d'une association qui réunit sur une base volontaire la

majorité des organisatrices et organisateurs communautaires des CSSS de toutes les régions du Québec, le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC). Fonctionnant sur la base d'assemblées régionales, chacune déléguant une personne pour la représenter au conseil d'administration, l'association organise au moins un rendez-vous national par année auquel toutes et tous sont invités.

- 2- Il s'agit d'une véritable communauté de pratiques qui publie un bulletin de liaison trimestriel de quarante pages de textes provenant de tous les coins du Québec. Distribuée à plus de trois cents exemplaires, cette brochure fait une place importante aux récits de pratiques, mais on y trouve aussi des comptes rendus de conférences ou de colloques, des réflexions sur la vie professionnelle, des analyses et des prises de position sur les enjeux concernant la pratique professionnelle et le réseau public de santé et de services sociaux. Le site internet de l'association (<http://www.rqiiac.qc.ca/>), une liste de discussion RQIIAC, les blogues et le recours de plus en plus répandu au courrier électronique font aussi partie des outils au service des membres.
- 3- Le RQIIAC a surtout publié en 2003 un cadre de référence de la pratique d'organisation communautaire (Lachapelle, 2003) qui voulait positionner cette pratique en milieu institutionnel du point de vue des intervenants concernés. La qualité de la production a amené plusieurs CLSC, et CSSS aujourd'hui, à reconnaître ce cadre de référence comme plate-forme de définition de l'organisation communautaire dans leur établissement. Ce cadre est d'ailleurs actuellement en révision en vue d'une nouvelle édition en 2010 qui tiendra compte du nouveau contexte provoqué, entre autres, par la création des CSSS et le développement de la santé publique.
- 4- Une recherche récente (Foisy et al. 2009), indique que plusieurs équipes d'organisation communautaire en CSSS ont investi les questions de l'encadrement administratif et de la supervision professionnelle afin d'influencer la mise en place de conditions plus favorables au développement des pratiques comme la création d'une équipe unique relevant d'un cadre supérieur, ainsi que la nomination d'un pair à titre de coordonnateur ou superviseur professionnel de l'équipe.
- 5- Le RQIIAC a développé des alliances avec les milieux de l'enseignement et de la



recherche en organisation communautaire. Ces alliances contribuent à produire des connaissances sur l'organisation communautaire et à identifier les besoins de développement des compétences professionnelles qu'elles soient d'ordre méthodologique, stratégique ou politique. La communauté de pratiques que représente le RQIIAC, soutient activement l'évolution continue de l'organisation communautaire au Québec et permet de renforcer la légitimité de cette pratique.

- 6- Enfin, les travailleuses sociales en intervention collective entretiennent des alliances avec les milieux communautaires et des mouvements sociaux aux plans local, régional et national. Il s'agit des usagers et utilisateurs de leurs services avec qui elles ont une convergence de vues quant à pertinence de la co-construction à l'échelle locale et d'une appropriation du développement local. Ce qui les réunit c'est une perspective démocratique et solidaire où la contribution des programmes publics est négociée, plutôt que les collectivités instrumentalisées au service d'une politique et d'une gestion centrées sur le désengagement ou le non-engagement de l'État.

La nouvelle gestion publique (NGP) ainsi que les logiques gestionnaires et médicales vont continuer à occuper l'espace public pour un temps indéterminé. Cela représente un défi quant à la formation des travailleuses sociales pour qu'elles connaissent ce nouveau contexte de transformation institutionnelle et puissent en faire une analyse critique en fonction, entre autres, des enjeux pour l'intervention sociale. La formation doit aussi pouvoir développer une identité professionnelle basée sur des valeurs, une éthique et des compétences permettant de renforcer l'efficacité et la légitimité des pratiques. Enfin, la formation doit habiliter les travailleuses sociales reconnaître et à exploiter les marges de manœuvre, les failles et les paradoxes présents dans la NGP et les logiques dominantes au profit de la promotion de la logique d'intervention qui ne fait de sens que lorsqu'arrimée et en alliance avec les citoyens et les groupes qui sont les premiers concernés par la qualité des services publics.

## Références

- (<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/8a0fa65fcb1951bf85256f1e00503d97?OpenDocument>)
- Bilodeau, A. et al. (2004). «L'exigence démocratique de la planification participative : le cas de la santé publique au Québec», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, 50-65.
- Bisset S (2008). *Health program implementation, a socio-technical networking process. A case study of a school-based nutrition intervention*. Montréal : Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal. Thèse de doctorat.
- Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et L. Fréchette (dir.), (2007). *Organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 534 pages.
- Comeau, Y, Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier, C. et Turcotte, D. (2008). *L'organisation communautaire en mutation. Études sur la structuration d'une profession du social*, Québec, Presses de l'Université Laval, 194 pages.
- Foisy, D, Bourque, D., Lachapelle, R., avec la collaboration de Julie Sénéchal (2009). *La coordination professionnelle des équipes en organisation communautaire en CSSS : description, perspectives et enjeux*, Cahier 0901, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, UQO, 56 pages.
- Giauque, D. (2004). « Gestion des ressources humaines et modernisation des administrations publiques », *Les politiques sociales*, 1-2, 47-62.
- Groulx, L.-H. (1993). *Le travail social: analyse et évolution; débat et enjeux*, Montréal, Agence d'arc, 297 pages.
- Jetté, C. B. Lévesque, L. Mager et Y. Vaillancourt, (2000). *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et bien-être. Une recension des écrits(1990-2000)*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 208 pages.
- Lachapelle, R. (dir.) (2003). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC, Québec, Presses de l'Université Laval, 293 pages.
- Larivière, C. (2005). Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale. *Interaction communautaire*, numéro 70, automne 2005, 13-16.
- Larivière, C. (2007). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Université de Montréal et Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 30 pages.
- Laurin, C. et C. Stuart (2003). «Programme soutien aux jeunes parents : Contre qui, contre quoi?», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n°. 1, 215-221.
- Le Grand, J., Bartlett, W. (1993). *Quasi-Markets and Social Policy*, London, The Macmillan Press Ltd.

- Lecomte, Y. (2003). «Développer de meilleures pratiques», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, 9-36.
- Lévesque, B., G., L. Bourque et Y. Vaillancourt (1999). «Le modèle québécois: un modèle dépassé ou à la recherche d'un nouveau paradigme?», *Développement social*, vol. 1, n° 1, 13-15.
- Martin, C. (1997). «La comparaison des systèmes de protection sociale en Europe. De la classification à l'analyse des trajectoires d'État providence», *Lien social et Politiques - RIAC*, n° 37, p. 145-155.
- Merrien François-Xavier (1999), « La nouvelle gestion publique : un concept mythique » in *Lien social et Politiques*, no.41, pp.95-103.
- MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 pages.
- MSSS (2004a), *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, 179 pages.
- MSSS (2004b), *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Document principal*, Octobre, 75 pages.
- MSSS, (2005). *Le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec Produire la santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 120 pages.
- Parazelli, M., Hébert, J., Huot, F., Bourgon, M., Gélinas, C., Laurin, C., Lévesque, S., Rhéaume, M. et Gagnon, S. (2003). « Les programmes de prévention précoce Fondements théoriques et pièges démocratiques », *Service social*, vol. 50, pp. 81-121.
- Vaillancourt, Y. et L. Tremblay (dir.) (2001). *L'économie sociale, dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada: une perspective interprovinciale*, Montréal, LAREPPS, UQAM, 184 pages.
- Vaillancourt, Y., Aubry, F., D'amours, M., Jetté, C., Thériault, L., Tremblay, L. (2000). *Économie sociale, santé et bien-être: la spécificité du modèle québécois*, Cahiers de recherche n° 00-01, Montréal, LAREPPS, UQAM, 38 pages.
- Vaillancourt, Y. en collaboration avec Philippe Leclerc (2008). *Notes de recherche sur l'apport de l'économie sociale dans la coproduction et la coconstruction des politiques publiques*, Cahier de l'ARUC-Innovation sociale et développement des communautés, Série Documentation et diffusion, no 7, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, 27 pages.

---

<sup>1</sup> Vaillancourt (2008) propose de réserver le concept de coproduction pour faire référence à la participation des acteurs de la société civile à la mise en œuvre des politiques ou programmes publics, et d'utiliser le concept de coconstruction pour parler de leur participation à l'élaboration des politiques publiques.

<sup>2</sup> La méthode «lean» ou méthode Toyota est ouvertement promue par l'actuel ministre de la santé et des services sociaux au Québec, le Dr Yves Bolduc.

<sup>3</sup> Le développement des communautés reprend essentiellement le modèle de développement local communautaire développé en organisation communautaire au Québec depuis les années 1970.

<sup>4</sup> Cette recherche est menée conjointement par Denis Bourque, Danielle Maltais, Sébastien Savard, Marielle Tremblay et René Lachapelle. Le dépôt du rapport de recherche est prévu pour le 31 mars 2010.

<sup>5</sup> Les profils ISO-SMAF représentent un système de gestion axé sur la classification des besoins des usagers en profil type d'autonomie fonctionnelle. Développé à partir du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), les 14 profils ISO-SMAF regroupent des personnes ayant un profil d'incapacité semblable, qui nécessitent globalement des services similaires et qui génèrent des coûts équivalents.

<sup>6</sup> Le titre d'emploi d'agent de planification, de programmation et de recherche est libellé ainsi: Personne qui est chargée d'un ou plusieurs programmes dans le but de fournir une assistance professionnelle au développement des services. Elle assure les activités de recherche nécessaires à l'identification et à l'évaluation des ressources et des besoins. Elle conçoit et propose les plans et programmes de développement en vue d'assurer une planification adéquate des services. Elle fournit ses conseils relativement à l'implantation ou à l'amélioration de programmes et/ou de services. Elle peut participer aux différentes activités d'enseignement et de formation.