

***Évolution et enjeux de la
transformation du travail social
au Québec***

Communication dans le cadre du Colloque international
LES MUTATIONS DU TRAVAIL SOCIAL :
REGARDS CROISES SUR L'ÉTAT DES LIEUX
ET PERSPECTIVES INTERNATIONALES
Université du Havre - IUT du Havre (France)
Jeudi 23 et vendredi 24 mars 2017 au Havre

DENIS BOURQUE

Cahier numéro 17-05

ISBN 987-2-89251-588-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-89251-589-3 (pdf)

Mars 2017

NOTES BIOGRAPHIQUES

Denis Bourque est professeur titulaire au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais. Il est également titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire. 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. En 2007, il a codirigé avec Comeau, Favreau et Fréchette un ouvrage intitulé *Organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*. Il a publié en 2008 un second ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Il a cosigné avec René Lachapelle en 2010 un troisième ouvrage toujours aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Service public, participation et citoyenneté, L'organisation communautaire en CSSS*. Il publie en 2017 aux éditions Champ social un livre codirigé avec Cyprien Avenel intitulé *Dynamiques de l'intervention collective et transformation des politiques sociales Regard croisé France-Québec sur le développement social et territorial*.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières _____	3
Introduction _____	4
Transformations institutionnelles du contexte de la pratique du travail social _____	4
Nouvelle gestion publique _____	6
Politiques gouvernementales et transformations institutionnelles _____	7
Santé et social : contraintes et opportunités _____	8
Logique gestionnaire et logique d'intervention sociale _____	10
Impacts sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CISSS/CIUSSS en intervention individuelle/familiale _____	11
Des avenues pour redonner un projet au travail social _____	12
Renforcer la capacité de transformation sociale du travail social _____	12
devenir un acteur du développement social des communautés territoriales _____	14
Conclusion _____	15
Annexe _____	18
Références _____	23

INTRODUCTION

Le travail social est traversé, au Québec comme en France, par des crises d'identité et de légitimité. Certes, le taux d'emploi des bacheliers en travail social est élevé et les unités de formation universitaire en travail social recrutent de nouveaux professeurs très engagés dans la recherche. Le problème se situe ailleurs soit dans le sens et la finalité de la pratique. Cela est particulièrement aigu au Québec depuis la mise en place de la dernière réforme du système de santé et de services sociaux en 2015. Cette réforme est toujours en cours actuellement et il serait pour le moins hasardeux d'en faire une évaluation globale et définitive. Même si elle peut comporter des dimensions intéressantes, nous pouvons déjà noter qu'elle entraîne un alourdissement des structures de gestion et marque une pénétration plus grande des principes de la nouvelle gestion publique (NGP), de la logique médicale et hospitalo-centriste, et même d'une privatisation des services.

Dans ce texte, nous identifierons les principales constituantes de la transformation du travail social au Québec. Nous nous attarderons aux dimensions politiques, administratives et professionnelles de ces transformations. Par la suite, nous examinerons les principales conséquences de ces transformations auprès des travailleuses sociales qui se consacrent à l'intervention individuelle/familiale et de celles qui pratiquent l'intervention collective. Enfin, nous explorerons les stratégies déployées par ces intervenantes 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.

Malgré la langue commune que nous partageons, les sociétés française et québécoise évoluent dans des traditions institutionnelles et politiques différentes. Une annexe est proposée à la fin du texte afin de préciser la réalité du travail social au Québec. En effet, les termes utilisés ne renvoient pas toujours aux mêmes situations ni aux mêmes professionnels de l'intervention sociale. Or si l'on veut mettre en perspective les enjeux de la transformation du travail social, encore faut-il que les spécificités, les dispositifs et les acteurs québécois soient bien définis.

TRANSFORMATIONS INSTITUTIONNELLES DU CONTEXTE DE LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL

Le système public québécois de santé et de services sociaux a connu de nombreuses réformes depuis sa création initiale au début des années 1970. Inspiré du Welfare State britannique, ce système a été construit sur les principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité. De plus, il 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 collective 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 santé et de services sociaux pouvant mieux soutenir le modèle fordiste de développement économique (Bélanger et Lévesque, 1991). 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 d'offrir une gamme de services sociaux, de santé et d'organisation communautaires. La promotion de ce système public est fondée sur un nouveau discours. La santé devient une question de droit et relève désormais de la responsabilité de l'État (Boudreau, 1984). Le travail social y trouve un terrain favorable à l'innovation autant pour l'intervention individuelle/familiale que de groupe (Larivière 2017), alors que d'autres institutions favorisent un virage psychologisant et intra-personnel.

Après une courte période de montée de l'État-providence de 1970 à 1980, une première période de crise débute avec les années 1980. 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 du *welfare* : publique, domestique, marchande et non marchande (volontaire, sans but lucratif, associatif ou communautaire, économie sociale et solidaire selon les sociétés). 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, 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 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 :

- 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 un État partenaire, 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 ». Certaines de ces visées (décentralisation, accessibilité, etc.) répondent à des enjeux collectifs, alors que d'autres font « 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). 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). La qualité des services institutionnels 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 professionnelle. 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 philanthropiques comme c'est le cas avec la Fondation Lucie et André Chagnon au Québec. Cette fondation a mis sur pied à la fin des années 2000, conjointement avec le Gouvernement du Québec, des programmes cofinancés sur 10 ans (Québec en Forme, Réunir-Réussir, Avenir d'enfants). Ces programmes conjoints ont été 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 programmes¹.

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.

¹ 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.

Selon certains auteurs, on assisterait actuellement à une période post NGP (Bryson *et al.*, 2014), caractérisée par un retour de l'offre de services intégrée et coordonnée, avec un fort contrôle administratif et un leadership politique. Les réformes plus récentes seraient teintées par une gouvernance intégrée où la coordination et la centralisation sont offertes en réponse à la fragmentation causée par la NGP (Christensen et Laegreid, 2011). C'est ce qui semble caractériser les réformes et les mesures d'austérité du Gouvernement libéral en place au Québec depuis 2014. Si les mesures post NGP impliquent une intégration verticale pour augmenter les mesures de contrôle, elles commandent également une intégration horizontale qui cherche à projeter le contrôle institutionnel aux autres dispensateurs de services et partenaires qui sont indispensables pour agir sur les problèmes complexes (*ibid.*).

POLITIQUES GOUVERNEMENTALES ET TRANSFORMATIONS INSTITUTIONNELLES

La récente réforme de 2015 du système public de santé et de services sociaux a imposé le regroupement en un seul établissement régional, le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), de toutes les missions en santé et services sociaux (hôpital, hébergement, réadaptation, protection de la jeunesse et centre local de services communautaires ou CLSC). Nous sommes passé de 182 établissements à 34 dont 21 CISSS/CIUSSS au Québec qui se veulent les vecteurs institutionnels de transformations profondes dans la gestion des services sociaux et de santé, ainsi que dans les pratiques professionnelles des personnels impliqués. Plusieurs conséquences accompagnent la création d'un petit nombre de CISSS/CIUSSS sur une base régionale dont au moins les suivantes:

- 1- Plus de 6 000 administrateurs bénévoles des établissements fusionnés ont été remerciés et remplacés par moins de 500 tous nommés par le ministre.
- 2- La fonction hospitalière devient centrale dans les CISSS/CIUSSS et le social y est secondarisé et risque d'être pris en considération dans une perspective de morbidité et non de capacitation ou d'*empowerment* individuel et communautaire (Ninacs, 2008).
- 3- Le palier administratif local du réseau disparaît compromettant la capacité d'intégration sur une base territoriale des services sociaux et de santé et de les arrimer au développement des communautés et des territoires.
- 4- La capacité d'adaptation de ces mégastructures, dont certaines comptent plus de 17 000 employés, sont réduites en raison de la centralisation et la hiérarchisation en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux qui caractérise cette réforme et en raison de la tendance de tout organisme institutionnel à l'uniformisation plutôt qu'à la souplesse et à la diversification.

Hébert (2017) estime qu'il s'agit de la poursuite de l'effritement des services sociaux publics, une orientation vers le curatif au détriment de la prévention-promotion ainsi qu'une primauté de la mission santé par rapport au social en plus d'un recul de la démocratie participative. Ces choix politiques et 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*² » ou « dégraissée » qui trouve ses sources au

² La méthode « *lean* » ou méthode Toyota est ouvertement promue par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Japon et que la NGP prétend pouvoir répliquer de la sphère marchande vers les services publics. Cette approche postule implicitement que les problèmes dans la dispensation des services proviennent d'une carence dans la rationalisation de leur gestion 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, deviennent des 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, 2004 : 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 au Québec.

SANTÉ ET SOCIAL : CONTRAINTES ET OPPORTUNITÉS

Le rapprochement entre le social et la santé dans le cadre des CLSC dans les années 1970-1980 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 CISSS/CIUSSS. Or, les CISSS/CIUSSS ne sont pas organisés autour des services médicaux généraux et familiaux qui sont toujours l'apanage des cliniques privées ou groupes de médecine familiale (GMF). La définition de leurs services relève davantage de la mission hospitalière où les spécialités médicales pèsent de plus en plus 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 CISSS/CIUSSS. 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 des problèmes sociaux selon la logique médicale.

Par ailleurs, à partir du début des années 2000, le domaine de la santé publique prend une importance nouvelle dans le réseau de santé et de services sociaux au Québec. La santé publique est traversée par des logiques parfois paradoxales, entre la prescription et l'*empowerment*. Ainsi, les établissements publics et leurs intervenants 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 CISSS/CIUSSS d'appliquer dans leur milieu, un mandat qu'ils relaient souvent à leurs travailleuses sociales ou organisatrices 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 et comporte en lui-même un processus de normalisation et de standardisation des pratiques professionnelles et sociales. 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 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 (Laurin et Stuart, 2003). 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 habituellement 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.

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 CISSS/CIUSSS, 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 (MSSS, 2005). Les inégalités observées en santé y sont directement liées aux inégalités sociales ce qui légitime les interventions professionnelles qui ciblent les facteurs

sociaux. De plus, un courant très actif en santé publique fait la promotion des pratiques d'*empowerment* et de développement des communautés³, 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.

La logique médicale impose la mission hospitalière et curative des CISSS/CIUSSS, alors que celle de santé publique véhicule trop souvent une médicalisation des problèmes et phénomènes sociaux menant à une approche épidémiologique et une intervention programmée, axée sur les changements individuels de comportements et d'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.

LOGIQUE GESTIONNAIRE ET LOGIQUE D'INTERVENTION SOCIALE

Les récentes transformations du réseau public de services sociaux mettent en présence au moins deux logiques⁴. En premier lieu, la logique gestionnaire qui se caractérise par la fragmentation de la pensée, des réalités humaines et des compétences d'intervention (Vandelac, 2017), ainsi que par l'obsession de l'atteinte de résultats quantitatifs et mesurables, fixés de manière centrale, 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. La NGP se fonde 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. Il s'agit d'une philosophie de gestion qui reproduit l'approche hiérarchique du taylorisme applicable en contexte de production industrielle mais qui se heurte à la nature de l'intervention sociale qui appelle l'engagement, le jugement différencié, l'adhésion à la mission et un sens des responsabilités (Dupuis et Farinas, 2009).

La logique d'intervention sociale demeure présente en étant soumise à la logique gestionnaire qui accorde une importance majeure aux procédures menant à des résultats prédéterminés alors que la logique d'intervention accorde une importance primordiale aux processus relationnel entre entre

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

⁴ Hébert (2017) identifie pour sa part trois logiques qui étaient déjà à l'œuvre avant la récente réforme et qui la traversent de manière encore plus prégnante maintenant : une logique de médicalisation, une logique de compressions budgétaires et une logique de privatisation. Ces logiques s'éloignent de l'action sur les déterminants sociaux de la santé soutenue par des politiques publiques structurantes.

intervenants et usagers (individu, groupe, communautés⁵). 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'usager, 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, mais qui entrent en conflit avec les exigences de productivité à court terme et de fidélité aux protocoles et aux pratiques standardisées, particulièrement depuis l'implantation de la Nouvelle gestion publique et son obsession pour les indicateurs de performance essentiellement volumétriques. Cette tension, voire cette confrontation entre les logiques a des impacts sur les pratiques des travailleuses sociales œuvrant dans les CISSS/CIUSSS.

IMPACTS SUR LES PRATIQUES DES TRAVAILLEUSES SOCIALES ŒUVRANT DANS LES CISSS/CIUSSS EN INTERVENTION INDIVIDUELLE/FAMILIALE

La création des CISSS/CIUSSS a provoqué un profond choc de culture où le social est relégué au second rang. Cette réforme avec laquelle les travailleuses sociales (et de nombreux cadres) ne sont pas d'accord, provoque une forme de dissonance chez nombre d'entre elles dont les valeurs et les orientations professionnelles se heurtent aux modalités et aux finalités des transformations institutionnelles. Boucher et Grenier (2017 : 1, 8) parlent d'une « démobilisation d'un grand nombre d'intervenantes sociales. [...] Les intervenantes sont piégées : en voulant répondre aux exigences institutionnelles, elles sont incapables de répondre de façon satisfaisante aux impératifs de leur profession et aux personnes en difficulté ». Déjà la réforme Couillard de 2004 avait entraînée des modifications importantes dans l'organisation du travail et la pratique du travail social causées principalement par une approche managériale, mais aussi sociale, fondée sur des valeurs misant sur la performance (Sarrazin, 2014). Le rôle des TS se modifie progressivement en étant davantage orienté vers la gestion de cas (*case management*) et la complémentarité aux plans d'intervention déterminés par d'autres professionnels de la santé. Dans les domaines des services aux personnes en perte d'autonomie et de la santé mentale, le rôle de *case manager* revient souvent aux travailleuses sociales parce qu'elles sont plus nombreuses que les autres professionnelles dans les équipes interdisciplinaires et que certaines professions de la santé, comme c'est le cas pour les infirmières, sont en pénurie de main d'œuvre au Québec (Bourque et al., 2010).

Bien plus, la récente réforme s'accompagne d'un transfert important de travailleuses sociales du réseau public vers les cliniques médicales privées nommées Groupe de médecine familiale (GMF). Ces TS sont appelées à intervenir auprès des personnes qui leur sont référées par les médecins ce qui implique que l'accès aux services sociaux devient tributaire d'une évaluation et

⁵ Dhers, Ladsous et Sommaire (2011 : 154) expliquent que le travail social communautaire « considère que les hommes vivent au sein de diverses « communautés » (familles, quartiers, églises, associations, etc.) au sein desquelles ils se réalisent en tant qu'individus. Il cherche à renforcer le « pouvoir d'agir » des groupes défavorisés pour que leurs membres, moins isolés et plus solidaires entre eux, puissent accéder plus facilement à l'éducation, au logement, à l'emploi et, plus globalement, à une qualité de vie meilleure. » Les communautés y sont présentées comme « de toute nature regroupant des personnes liées entre elles par le sentiment d'une commune appartenance ou par des intérêts communs. Il peut s'agir de communautés préexistantes à l'action, de communautés circonstancielles ou de communautés à construire ou à reconstruire. » (idem : 157)

d'une référence médicale. Actuellement, ces TS demeurent des salariées de l'établissement public mais doivent pratiquer dans une organisation médicale privée, alors que le réseau public est en manque d'effectifs pour répondre aux demandes qui s'accumulent sur les listes d'attente ce qui affectera l'efficacité même des services publics et la satisfaction au travail des TS restées en poste.

DES AVENUES POUR REDONNER UN PROJET AU TRAVAIL SOCIAL

Au Québec à tout le moins, les avenues de repositionnement du travail social reposent sur au moins deux perspectives : renforcer la capacité de transformation sociale du travail social en réinvestissant le collectif et devenir un acteur du développement social des communautés territoriales.

RENFORCER LA CAPACITÉ DE TRANSFORMATION SOCIALE DU TRAVAIL SOCIAL

Les travailleuses sociales sont en mesure de mobiliser les marges de manœuvre dont elles disposent pour faire de la place à des pratiques qui s'éloignent de l'individualisation des situations vécues par leurs usagers, leur responsabilisation culpabilisante et une intervention trop axée sur l'adaptation des personnes au moyen de changement de comportement personnel. Des pratiques peuvent aller dans le sens de l'émancipation en expérimentant des interventions de développement collectif et communautaire. Même si les travailleuses sociales sont majoritairement assignées à des interventions curatives et assistancielles, dans une logique de gestion par dispositifs en France ou de programme-service au Québec, il est possible et nécessaire d'entreprendre et de favoriser un repositionnement du travail social dans la perspective d'un nouveau modèle d'intervention qui cherche à émerger (SPIC, 2016), avec certes des limites, et qui met en cause les pratiques usuelles des professionnelles du travail social et les amène à redéfinir leurs rapports avec les « clientèles », les institutions et la société civile. L'intervention individuelle/familiale cherche à dépasser l'assistantat pour investir des modèles d'accompagnement et de développement du pouvoir d'agir (*empowerment*). Sur le plan de l'accompagnement individuel, le développement du pouvoir d'agir implique un changement de regard sur autrui afin d'instaurer les conditions d'une relation basée sur le développement des capacités. Le défi est, dès lors, de transformer le modèle médical de type expert/patient et l'expertise des professionnelles, en les aidant à développer l'attitude de maïeuticienne, bien plus que de diagnosticienne. Cela suppose de renoncer à une position de pouvoir au bénéfice d'une posture de travail plus égalitaire avec les usagers, dans un « faire avec » plus que dans une expertise « sur » les autres. C'est donc fondamentalement le rapport de pouvoir entre les professionnels et les personnes, les groupes et les communautés qui doit être déconstruit, au profit d'un accompagnement axé sur le développement du pouvoir d'agir et l'émancipation, en mettant l'accent sur les forces et les opportunités, pas seulement sur les limites et les difficultés. Le développement du pouvoir d'agir suppose une approche globale qui permet de mettre l'accent sur les réussites et les opportunités, plutôt qu'exclusivement sur les problèmes et les carences. Il s'agit d'une posture qui n'est guère acquise. Le changement de paradigme s'impose dans la pratique traditionnelle du travail social quant à la nature et la finalité de l'intervention. Le sens du travail social n'est pas la prise en charge des publics (sauf en situation d'urgence) mais leur accompagnement pour transformer les conditions sociales et personnelles qui les rendent vulnérables et en besoin de protection. L'action et le changement doivent alors toucher les

conditions et les milieux de vie des personnes et des groupes. Les personnes en incapacité temporaire ou à long terme (personne en situation de crise, en perte d'autonomie, etc.) nécessitent une intervention plus intensive, mais toujours dans la perspective de leur *empowerment*, basée sur la reconnaissance de leurs ressources individuelles et collectives. L'intervention personnelle demeure nécessaire, mais insuffisante pour atteindre cette finalité. Il importe donc d'investir l'intervention de groupe et collective.

Boucher et Grenier (2017 : 1) proposent un modèle intégré et concerté d'intervention sociale liant l'intervention individuelle et collective. Ce modèle favorise des « alliances nécessaires au travail en équipe dans le but de construire une compréhension commune des problématiques vécues par les gens d'une même communauté et d'intervenir ensemble, dans une perspective complémentaire ». Ce modèle se base sur un travail de collaboration, à l'interne et à l'externe, et sur la mise en pratique d'un travail de proximité (territorial, relationnel et participatif) au sein de la communauté et du territoire en renouant avec le travail terrain et hors les murs.

Sur le plan de l'intervention collective, le pouvoir d'agir exige alors d'associer les citoyens, les groupes et les associations et à la conception et la mise en œuvre des actions, en s'appuyant sur les potentialités et les priorités d'un territoire, plutôt que sur les problèmes, les dispositifs et les publics cibles. Cela suppose de développer l'aptitude à l'animation des groupes, des réseaux locaux d'action, et à la gestion des conflits, de même que l'habileté à repérer, conforter et promouvoir chez autrui des compétences. Les processus d'*empowerment* en intervention collective (comme en intervention individuelle/familiale) impliquent une temporalité plus longue ainsi que la poursuite de résultats qui ne peuvent jamais s'énoncer a priori sous formes d'objectifs prédéterminés car cela impliquerait que l'intervention échappe au pouvoir des personnes ou des groupes.

En France, l'Intervention Sociale d'Intérêt Collectif (ISIC) constitue un corpus de formation obligatoire qui vise l'ensemble des professions composant le travail social. L'ISIC est présentée comme complémentaire à la logique d'intervention sociale d'aide à la personne (ISAP) mais sans être un domaine de spécialisation en travail social : « Il ne s'agit donc pas de former des spécialistes de l'ISIC mais bien de former des travailleuses sociales à l'ISIC tout comme ils sont formés à l'ISAP. » (CSTS, 2010 : 14). Il nous apparaît que si le même choix avait été fait au Québec, l'intervention collective n'aurait pas pu se développer de manière aussi probante.

L'intervention collective vise à soutenir et favoriser la mise en œuvre de processus d'action collective de différentes natures. Cela exige de posséder des connaissances théoriques quant à l'action collective, de maîtriser des compétences stratégiques et pratiques, de faire preuve d'aptitudes particulières ainsi que de développer une pratique critique et réflexive. Cela exige également une connaissance fine des territoires, de leur dynamique collective et des réseaux locaux d'action qui les composent. L'intervention collective doit être pratiquée en complémentarité avec l'intervention individuelle/familiale, ce qui n'est pas toujours suffisamment présent au Québec, mais cela ne signifie pas qu'elle doit l'être par les mêmes travailleuses sociales et c'est pourquoi les organisatrices communautaires se consacrent exclusivement à l'intervention collective. De plus, vouloir l'imposer à la totalité des travailleuses sociales serait contre-productif, car elles ne sont pas toutes à l'aise avec l'animation de groupes (petits et grands), la gestion de conflits, les communications publiques, etc. qui caractérisent cette pratique. Il faut donc confier le mandat de l'intervention collective à des travailleuses sociales qui

y seront dédiés à temps plein et à long terme. Elles seront alors en mesure de développer des communautés de pratique pour partager leurs expertises, faire du codéveloppement et se donner des activités de formation continue. Elles seront aussi en mesure de contribuer au positionnement du travail social comme partenaire du développement des communautés territoriales.

DEVENIR UN ACTEUR DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL DES COMMUNAUTÉS TERRITORIALES

En France, le rapport du groupe national « Développement social et travail social collectif », produit dans le cadre des « États généraux du travail social », parle dans sa définition du développement social d'un « projet territorial global, partagé et coordonné. » (EGTS, 2015: 5). L'objectif de coordonner l'action des acteurs sur un même territoire est certes important mais le développement social vise aussi et surtout à répondre aux aspirations et aux attentes des citoyens par une prise en main collective du développement qui s'arrime au territoire mais ne s'y enferme pas, en interpellant les pouvoirs publics sur les modalités de l'action publique et sur les politiques publiques qui touchent les priorités locales. En raison de l'évolution des problématiques sociales et de la remise en cause des postures traditionnelles, il existe une fenêtre d'opportunité pour que différents acteurs locaux du champ social exercent autrement leur responsabilité en remplaçant les réponses sectorielles usuelles par de nouvelles initiatives plus transversales et décloisonnées.

Or, le développement social est une construction sociale dont le socle est l'action collective portée par les associations et les mouvements sociaux (dont l'économie sociale et solidaire), composantes majeures de la société civile. En l'absence d'une action collective autonome relayées par des organisations indépendantes, on se limite comme souvent à des stratégies d'intervention de « type travail social collectif » ou d'initiatives institutionnelles qui sont certes contributives, voire indispensables au développement social, mais qui ne le représentent pas dans son essence fondamentale soit d'être une construction conjointe entre les pouvoirs publics et la société civile poursuivant l'objectif de lutte contre les inégalités sociales et économiques, d'amélioration des conditions de vie et de développement des potentialités des personnes et des communautés territoriales.

Le vivre-ensemble et la cohésion sociale dans l'Hexagone sont souvent la finalité recherchée de démarches de coordination de l'action sociale et des politiques de droits communs autour de problématiques qui peuvent varier selon les priorités locales (jeunesse, logement, famille, accueil et intégration des migrants, etc.). Cependant ces priorités sont toujours localisées sur des territoires qui présentent des particularités en termes de ressources et de configurations d'acteurs, ce qui requiert une forte capacité d'adaptation des dispositifs publics et des interventions professionnelles au territoire. Ces démarches gagnent à s'ouvrir à l'ensemble des acteurs locaux et à viser plus que la coordination et l'efficacité des services publics. Elles gagnent aussi à définir une vision collective du changement en fonction de laquelle transformer les pratiques professionnelles et institutionnelles et renforcer les capacités d'action collective des groupes et des communautés.

Le résultat visé est de faire en sorte que la communauté territoriale puisse travailler sur elle-même en tant que vecteur de transformation des problèmes, besoins, enjeux et défis collectifs en réponses satisfaisantes qui peuvent rejaiillir sur toute la société car l'innovation est généralement d'origine locale. Les innovations sociales qui émergent des processus de développement social et territorial ne font pas qu'offrir des réponses à des problèmes locaux car elles contribuent

également à transformer plus largement les cadres institutionnels et les conditions sociales à l'intérieur desquels se reproduisent ces problèmes (Klein, 2014).

Le rôle des politiques sociales et du travail social dans la réponse aux besoins et aux enjeux sociaux doit être retravaillé, en mettant en perspective la contribution des parties prenantes dans une approche partenariale et de proximité. Les producteurs de services publics (salariés professionnels, gestionnaires) ainsi que les usagers constituent des parties prenantes, mais également la société civile dont les organismes communautaires et les citoyens qui sont au cœur des communautés territoriales. Dès lors, l'action publique peut être coconstruite et coproduite avec les parties prenantes sans se traduire par un désengagement de l'État mais bien plus par un repositionnement et une mobilisation plus stratégique de celui-ci.

CONCLUSION

La Nouvelle gestion publique, ainsi que les logiques gestionnaires et médicales, comportent des enjeux importants et posent des défis de taille pour les travailleuses sociales des CISSS/CIUSSS au Québec. Quelles stratégies peuvent-elles déployer pour préserver leur 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/familiale, 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 codéveloppement, échanges cliniques, entraide spontanée, etc. Le RÉCIFS (Regroupement, Échanges, Concertation des Intervenantes et des Formatrices en Social) a été mis sur pied en 2011 et vise à regrouper des intervenantes du réseau communautaire, du réseau public, de la recherche et de l'enseignement en vue de défendre des points de vue communs. Il veut aussi favoriser les échanges entre les membres afin d'améliorer les conditions de pratique et le développement du travail social. Il a publié en 2017 un *Manuel de survie à l'usage des intervenantes et intervenants sociaux québécois* (RÉCIFS, 2017 : 6) ayant :

...constaté que nous sommes nombreuses à ressentir de l'inconfort dans le cadre de notre pratique d'intervention sociale au Québec. Que ce soit un stress élevé au travail, une perte de sens, un manque de reconnaissance, un sentiment de désenchantement et d'impuissance, pouvant aller jusqu'à l'épuisement professionnel, nous croyons que ces problématiques ne relèvent majoritairement pas de situations isolées, mais qu'elles sont trop souvent liées à des conditions de pratiques inadéquates et au contexte sociopolitique actuel.

Le guide propose des pistes de réflexion et de solutions sur les plans individuel, organisationnel et social afin d'accompagner les intervenantes sociales dans une démarche de réappropriation du sens de la pratique et de ses conditions d'exercice. Le RÉCIFS poursuit, non sans difficulté (Boucher et Grenier, 2017), ses activités d'information et de sensibilisation en raison principalement d'une faible mobilisation des TS en intervention individuelle/familiale. Campbell (2016) démontre que les pratiques de contournement (*workarounds*) font partie des facteurs d'efficacité des interventions sociales et de promotion des enjeux démocratiques. Ces pratiques

exigent de s'organiser collectivement et précisément ce que font les travailleuses sociales en intervention collective de la manière suivante :

- 1- Depuis 1988, elles se sont dotées d'une association qui réunit sur une base volontaire la majorité des organisatrices communautaires des CSSS de toutes les régions du Québec, le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CISSS/CIUSSS (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 dont les contributions proviennent de tous les coins du Québec. 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 puis en 2010 un cadre de référence de la pratique d'organisation communautaire (Lachapelle, 2003; RQIIAC, 2010) qui voulait positionner cette pratique en milieu institutionnel du point de vue des intervenants concernés. La qualité de la production a amené plusieurs établissements à reconnaître ce cadre de référence comme plate-forme de définition de l'organisation communautaire dans leur établissement.
- 4- 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.
- 5- 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 social et des communautés territoriales.

Ces pratiques sont inspirantes pour les travailleuses sociales en intervention individuelle/familiale à qui Larivière (2017) propose comme stratégie principales de « se regrouper/s'organiser/se réseauter ». Pour ce faire, elles disposent de plusieurs leviers mais qui ne sont pas en ordre de bataille comme la situation l'exigerait. Premièrement, les TS sont membres d'un ordre professionnel qui les représente. Du côté de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), la stratégie globale a consisté jusqu'à récemment 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 se sont exercées sur les unités de formation universitaire en travail social pour assurer l'adéquation des programmes de formation à ce référentiel de compétences qui a fait l'objet de critiques de la part de certaines unités de formation en raison de son contenu quelques

fois trop « technicisant ». Des tensions ont marqué les rapports entre l'Ordre et certaines unités de formation universitaire, mais des changements récents à sa direction pourraient changer la donne. Il en va de même avec les syndicats qui représentent également les TS et qui viennent de sortir d'une période de maraudage qui a provoqué une grande adhésion des TS dans un seul syndicat. Ce syndicat, l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) peut mieux que jamais unifier la parole des TS. Peut-être que la conjoncture serait favorable à la tenue d'une démarche collective, de type États généraux ou autres, qui mobiliserait les acteurs collectifs que sont l'OTSTCFQ, l'APTS, le RÉCIFS, les unités de formation universitaires et d'autres acteurs de la société civile concernés par l'avenir du travail social au Québec qu'il puisse s'inscrire plus fortement dans sa définition internationale :

Les professionnels du travail social ont pour mission de favoriser le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités, sont au cœur du travail social. (IFSW, 2014).

La nouvelle gestion publique (NGP) ainsi que les logiques gestionnaires et médicales vont continuer à occuper l'espace public pour un temps indéterminé (Chénard et Grenier, 2012). 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 la légitimité du travail social. Cette légitimité a une double origine : la pertinence du projet porté par le travail social et l'efficacité des politiques publiques qui le mobilisent. Il devient incontournable d'agir sur ces deux plans. La formation doit donc habiliter les travailleuses sociales à reconnaître et à exploiter les marges de manœuvre et les opportunités présentes dans le discours politico-administratif (sur les déterminants sociaux de la santé, la participation, l'*empowerment*, la coconstruction, etc.) afin de le subvertir au profit de la promotion d'une logique d'intervention qui fait sens lorsqu'arrimée et en alliance avec les citoyens et les communautés territoriales qui sont les premiers concernés par le travail social.

ANNEXE

Quelques spécificités québécoises importantes à saisir

État social et politiques de protection sociale au Québec

L'État social et les politiques de protection sociale ne sont pas tout à fait de même nature en France et au Québec. Les politiques sociales en France sont plus larges et développées avec un ensemble de prestations sociales et familiales, un mécanisme de redistribution sociale plus universel, ce qui peut cependant créer de la bureaucratie et alourdir les pratiques professionnelles. L'État, les institutions et les élus pèsent lourd et l'approche participative et collective dans l'intervention sociale en général semble moins présente qu'au Québec. L'admissibilité aux programmes de protection sociale au Québec, par exemple dans les domaines du revenu et du logement, n'implique pas directement les travailleurs sociaux que ce soit dans les processus d'accès aux programmes ou de suivi administratif des dossiers. L'admissibilité aux programmes est régie principalement au moyen de mécanismes comptables et fiscaux administrés par des fonctionnaires. Les travailleurs sociaux entrent en jeu lorsque les personnes qu'ils accompagnent au plan psycho-social dans le cadre de programmes de santé et de services sociaux sont lésées dans leurs droits ou vivent des difficultés reliées à l'inadéquation des programmes en regard des besoins individuels et collectifs. Les travailleurs sociaux du réseau public vont soutenir les personnes en difficultés dans leurs démarches pour faire valoir leurs droits d'accès à ces programmes de droits communs ou les référer vers des organismes et ressources communautaires où d'autres intervenants sociaux mènent des activités d'aide et d'entraide comme le dépannage alimentaire, les cuisines collectives, la défense de droits, le micro-crédit, etc. Les organisateurs communautaires ou les intervenants collectifs s'investiront quant à eux dans la structuration et le soutien d'actions collectives de type comités défense des droits des locataires, associations de locataires de HLM, développement de coopératives et organismes d'habitation, développement de projet d'économie sociale et solidaire, soutien à des tables de concertation locale sur le logement ou pauvreté, soutien à des mouvements comme le Collectif pour un Québec sans pauvreté ou celui pour un salaire minimum à 15 \$/heure.

Cependant, le positionnement par trop administratif du travail social, sa « technicisation » au détriment du sens de la profession, est une thématique commune de part et d'autre de l'Atlantique. La plupart des facteurs en cause y sont présents, de façon variable, mais l'organisation institutionnelle y est plus complexe. Cette différence est importante car elle engendre une organisation des métiers et de la formation du travail social qui n'est pas identique (plus de métiers en France avec 14 diplômes et plus d'un million d'intervenants exerçant dans une diversité d'organismes). On retrouve néanmoins les mêmes enjeux face aux transformations (ou à l'absence de transformation) de l'action publique, des enjeux collectifs et sociétaux, et des mutations que cela provoque dans les professions du travail social.

Le travail social au Québec

Le travail social est une pratique professionnelle qui est règlementée par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec sous l'égide de l'Office des professions du Québec. La loi définit ainsi le champ d'exercice du travail social : « Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que

soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement. » (Québec, 2009 : 4)

Plus précisément, l'Office des professions et l'Ordre des travailleurs sociaux énoncent que

Le travailleur social vise l'amélioration du fonctionnement social d'une personne, d'une famille, d'un groupe ou d'une collectivité lorsque ces derniers désirent rendre plus satisfaisante une situation selon leurs aspirations. Le travailleur social croit en la valeur intrinsèque de la personne, son droit à l'autodétermination et à l'autonomie. Par ses activités professionnelles, il met en place avec les personnes, les groupes et les collectivités, des conditions favorisant le développement de leur pouvoir d'agir et la réalisation de leurs potentiels et de leurs ambitions. Il vise à répondre à leurs besoins psychosociaux et communautaires, par des interactions sociales et une participation satisfaisante à la vie de la société. (Office, 2013 : 14).

On ajoute que l'intervention se pratique

dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement, en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne. Cette personne peut être un individu, un couple, une famille, un groupe ou une collectivité. Ce paradigme est au cœur de l'évaluation et de l'intervention du travailleur social, lesquelles se fondent sur la défense des droits de la personne et sur la promotion des principes de justice sociale. (ibid.)

En fait, la grande majorité des travailleuses sociales effectue presque exclusivement des interventions individuelles ou familiales. Ils exercent leur profession dans divers cadres dont les établissements du réseau public de santé et de services sociaux⁶ : hôpitaux généraux et psychiatriques, centres d'hébergement ou de réadaptation, centres de protection de la jeunesse, centres locaux de services communautaires (CLSC) dans le cadre de services de consultation sans rendez-vous, de services à domicile ou dans les écoles, etc. D'autres employeurs publics retiennent les services de travailleuses sociales dont les établissements d'éducation, des établissements correctionnels, des ministères fédéraux et provinciaux, etc. Le secteur communautaire et associatif est aussi un employeur important des travailleuses sociales que ce soit les organismes d'aide aux familles et d'aide à l'enfance, les organismes d'entraide, les maisons d'hébergement pour femmes violentées, les maisons de jeunes, les centres de désintoxication, les centres de prévention du suicide, les centres de crise et organismes en santé mentale, les associations de parents, les organismes en itinérance ou de services pour personnes immigrantes, les organismes pour personnes âgées, etc. Enfin, de plus en plus de travailleuses sociales font de la pratique privée et sont donc leur propre employeur.

Les tâches des travailleuses sociales sont fonction du type d'établissement dans lequel ils exercent leur profession. Les travailleuses sociales en protection de la jeunesse procèdent à

⁶ Les établissements offrent à la population des services généraux et spécialisés correspondant aux 5 grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) selon qu'ils exploitent un : centre local de services communautaires (CLSC); centre hospitalier (CH); centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ); centre de réadaptation (CR). Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) peuvent exploiter un CLSC, un CHSLD, un CH, un CPEJ et un CR.

l'évaluation des cas d'abus et de négligence envers les enfants et mettent en œuvre les mesures de protection appropriées. Ils supervisent le placement d'enfants en famille d'accueil ou en milieu fermé. Les travailleuses sociales en milieu scolaire aident les jeunes et leur famille aux prises avec des difficultés d'adaptation, de comportement, les conséquences des troubles du développement, et les problèmes familiaux. Dans les centres de santé et de services sociaux, les travailleuses sociales accompagnent des individus ou des familles aux prises avec divers problèmes sociaux (relations parents-enfants, problèmes conjugaux, crises situationnelles, précarité matérielle, etc.), ainsi que des personnes en perte d'autonomie et leur famille. En milieu communautaire et associatif, la pratique du travail social est encore plus diversifiée selon la mission des organismes ou associations, mais elle comporte généralement des tâches d'évaluation, de consultation, d'accompagnement individuel ou de groupe, de la représentation (*advocacy*) auprès de tiers, de médiation, l'animation de groupe d'entraide ou thérapeutiques, le soutien à différentes formes d'action collective, etc.

Les travailleuses sociales en pratique privée sont rémunérées pour des services comme la consultation, la psychothérapie, la médiation, la thérapie conjugale, et les programmes d'aide aux employés. Leurs clients sont des personnes, des familles ou des organisations.

En 2015, 75% des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux travaillaient dans le secteur public, 18% pour des organismes communautaires ou associatifs, 4% en pratique privée exclusivement, et 3% détiennent divers statuts (retraités, professeurs, sans emploi ou en congés divers). On compte 400 organisateurs communautaires dans les centres de santé et de services sociaux, ce qui représente entre 10 et 15% des intervenants sociaux de ces établissements en 2014, dont la majorité a une formation universitaire en travail social. Les organisateurs communautaires ne sont pas tenus par leur employeur de détenir le titre de travailleur social réservé aux membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux du Québec dont le coût d'adhésion annuel est de l'ordre de plusieurs centaines de dollars. Il en est de même pour les travailleuses sociales de formation qui pratiquent dans le milieu communautaire et associatif. Cela explique en bonne partie la faible représentation des organisateurs communautaires et des intervenants sociaux en milieu communautaire au sein de l'Ordre des travailleurs sociaux.

Enfin, deux professions sont associées au travail social en France, mais tout à fait distinctes au Québec, soit technicien en éducation spécialisée et psychoéducateur.

La formation en travail social

Deux parcours de formation en travail social existent au Québec. Le premier est de niveau collégial, d'une durée de trois ans, et mène à un diplôme de technique en travail social. Les détenteurs de ce diplôme ne peuvent utiliser le titre de travailleur social qui est réservé aux membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Quatorze collèges d'enseignement général et professionnel offrent la technique en travail social dont le contenu de programme est construit en fonction d'un référentiel de compétences qui modélise l'enseignement du travail social. Le deuxième parcours de formation en travail social est de niveau universitaire. Huit universités offrent un programme de baccalauréat en travail social (équivalent à la licence 3 en France) qui représente l'exigence minimale pour accéder à la profession. Il est aussi possible de faire des études supérieures menant à une maîtrise ou à un

doctorat. Les détenteurs d'un baccalauréat ou d'une maîtrise en travail social peuvent devenir membre de l'Ordre des travailleurs sociaux sur demande et sans examen d'admission.

Le baccalauréat en travail social est décerné au terme de trois années d'études de premier cycle composées de cours théoriques et méthodologiques, ainsi que d'une formation pratique dispensée dans les milieux où s'exerce le travail social. Les programmes universitaires de premier cycle se composent d'un ensemble de cours théoriques sur des sujets comme les politiques sociales, les théories sociologiques, les théories psychologiques, les mouvements sociaux, les problèmes sociaux, etc. Ils comportent également un ensemble de cours méthodologiques touchant l'intervention individuelle et familiale, l'intervention de groupe, et enfin l'intervention collective ou communautaire. La formation pratique se compose généralement de deux stages effectués dans les deux dernières années du cursus. Ces stages se réalisent soit en milieu institutionnel, c'est-à-dire dans un des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux, soit en milieu communautaire ou associatif. Ils se concentrent sur l'une ou l'autre des méthodes de base en travail social. Il y a environ 10 % des cohortes en travail social, sur un total de près de 1 000 étudiants admis chaque année, qui s'orientent vers la méthode de l'intervention communautaire ou de l'organisation communautaire.

Les bacheliers en travail social peuvent être admis directement à un programme de maîtrise qui comporte généralement 45 crédits ou 18 à 24 mois d'études au second cycle. Les programmes de maîtrise sont de deux ordres : les maîtrises professionnelles (avec stage) qui visent l'approfondissement d'une pratique professionnelle spécialisée ; les maîtrises de recherche (avec mémoire) qui visent le développement de connaissances reliées aux objets et pratiques du travail social. Seules les maîtrises de recherche peuvent mener aux études de troisième cycle. Les personnes qui ont un diplôme universitaire dans une autre discipline et qui désirent obtenir une maîtrise en travail social doivent s'inscrire à un programme préparatoire qui comporte un stage obligatoire.

Les programmes universitaires en travail social sont élaborés par chacune des universités mais sont agréés par l'Association canadienne des Écoles de service social. L'Ordre des travailleurs sociaux estime avoir un droit de regard sur les programmes de formation universitaires, ce qui crée un certain contentieux avec les universités quant à leur autonomie et la liberté académique des professeurs. La place de l'intervention communautaire dans la formation en travail social pose également des défis. Il existe une tension entre l'objectif de sensibiliser l'ensemble des étudiants à la prise en compte de l'intervention communautaire dans leur pratique du travail social dans une perspective de pratique intégrée/généraliste, par rapport à l'objectif d'offrir une formation spécialisée permettant aux futures organisatrices communautaires d'acquérir les connaissances et les compétences spécifiques à l'intervention collective. En pratique, puisque 90% des futures travailleuses sociales se dirigent vers l'intervention individuelle et familiale, cette méthode domine le cursus de formation, alors que peu de cours obligatoires, et encore moins de cours optionnels, permettent d'approfondir l'intervention communautaire. S'orienter vers des programmes de formation spécialisée en intervention communautaire du type baccalauréat ne serait pas viable du point de vue du recrutement des étudiants dans la plupart des universités du Québec, et surtout ouvrirait la porte toute grande à l'évacuation de l'organisation communautaire de la formation de premier cycle en travail social. La réponse imparfaite à ce dilemme repose jusqu'à présent sur la formation pratique, ou les stages, qui permet aux étudiants

de développer sur le terrain les connaissances spécifiques à l'intervention communautaire et un début de maîtrise des processus et méthodes qui lui sont propres.

Références

Québec (2009). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, Gouvernement du Québec, 16p.

Office des professions du Québec (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines Guide explicatif*, Québec, 94p.

RÉFÉRENCES

- Bélangier P.-R. et B. Lévesque (1991). « La "théorie" de la régulation, du rapport salarial au rapport de consommation. Un point de vue sociologique », *Cahiers de recherche sociologique*, n°17, UQAM, p.17-50.
- 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, p.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.
- Boucher, Y et Grenier, J. (2017). *Repositionnement des travailleuses sociales : un travail hors les murs à partir d'un modèle d'intervention concertée*, Article à paraître.
- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions St-Martin.
- Bouquet, B. et Dubasque, D. (2011). *L'intervention sociale d'intérêt collectif en France : états des lieux et enjeux actuels*. *Nouvelles pratiques sociales*, 23, (2), p.111-123.
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 142p.
- Bourque, D. (2010). « La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales », *Intervention*, numéro 131, hiver 2009, p.161-171.
- Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires. Rapport de recherche*, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier no 1004, 175p.
- Bryson, J. M., B. C. Crosby et L. Bloomberg. (2014). « Public value governance: moving beyond traditional public administration and the new public management », *Public Administration Review*, vol. 74, n°4, p.445-456.
- Campbell, D. (2015). « What We Learn from Workaround Stories: Accountability and Managerial Discretion within Hybrid Networks », communication présentée au colloque *Interorganizational collaboration in the field of health and social services*, 6 novembre 2015, Montréal.
- Carrel, M. (2013). *Faire participer les habitants ? Pauvreté, citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires*, Lyon, ENS Editions.
- Chénard, J. et J. Grenier, J. (2012). « Concilier les logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité », *Intervention*, vol. 136, p.18-29.
- Christensen, T. et P. Laegreid (eds). (2011). « Beyond NPM ? Some Development Features », *The Ashgate Research Companion to New Public Management*, Farnham, UK : Ashgate Publishing.
- 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, 194p.
- CSTS (2010). *Développer et réussir l'intervention sociale d'intérêt collectif*, Conseil supérieur de travail social, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

- Dhers, J., Ladsous, J., Sommaire, J.-C. (2011) « Faire société autrement : réflexions, résistances, propositions », *Vie sociale* 2011/2 (N° 2), p.153-166.
- Dupuis, A. et L. Farinas. (2009). *Une critique des modes managérialistes dans la gestion des organisations de services humains de santé et de services sociaux*, Cahier de recherche du Cergo, ÉNAP – Téléuq, 19p.
- EGTS (2015). *Développement social et travail social collectif et Annexes*, Groupe de travail national des États Généraux du Travail Social, Documentation française, 266p.
- Groulx, L.-H. (1993). *Le travail social : analyse et évolution; débat et enjeux*, Montréal, Agence d'arc, 297p.
- Hébert, A. (2017). *Le point de vue de l'OTSTCFQ sur la dernière réforme en santé et services sociaux*, Grand Débat – Institut Santé et société, UQAM, le 28 janvier 2017, 2p.
- International Federation of Social Workers (IFSW, 2014). *Définition Internationale du Travail social*, 4p. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>
- 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, 208p.
- Klein, J.-L. (2014). « Innovation sociale et développement territorial ». Dans Klein, J.-L., Laville, J.-L., Moulaert, F., (sous la direction de) (2014). *L'innovation sociale*, Toulouse : Éditions Érès, p.115-139.
- 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, 293p.
- Larivière, C. (2005). « Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale », *Interaction communautaire*, numéro 70, automne 2005, p.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, 30p.
- Larivière, C. (2017). *Les métiers du social à l'épreuve de la déconstruction de l'État au Québec, Communication dans le cadre du Colloque international LES MUTATIONS DU TRAVAIL SOCIAL : REGARDS CROISES SUR L'ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES INTERNATIONALES*, Université du Havre - IUT du Havre, France, 2017-03-23, 10p.
- Laurin, C. et C. Stuart (2003). « Programme soutien aux jeunes parents : Contre qui, contre quoi? », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n° 1, p.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, p.9-36.
- Lévesque, B. (2004). *Les enjeux de la démocratie et développement dans les sociétés du Nord : l'expérience du Québec*, CRDC et CRISES, 37p.
- 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, p.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, F.-X. (1999). « La nouvelle gestion publique : un concept mythique », *Lien social et Politiques*, no.41, p.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, 133p.
- 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, 120p.
- Ninacs, W. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Office des professions du Québec (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines Guide explicatif*, Québec, 94p.
- RÉCIFS (2017). *Manuel de survie à l'usage des intervenantes et intervenants sociaux québécois*, Regroupement, Échanges, Concertation des Intervenantes et des Formatrices en Social, 51p.
- RQIIAC (2010). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS, Cadre de référence du RQIIAC*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé, PUQ, 158p.
- Sarrazin, S. (2014). *L'impact de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux en 2004 sur l'exercice du travail social en santé mentale : le cas du CSSS Gatineau*, Cahier 14-03, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Université du Québec en Outaouais, 78p.
- SPISC (2016). *Du pas de côté à l'engagement dans le développement communautaire*, Séminaire pour la promotion de l'intervention sociale communautaire, Paris, 75p.
- 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, 27p.
- 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, 184p.
- 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, 38p.
- Vandelac, L. (2017). « Et si l'avenir s'échappait...Savoir lire le monde et savoir être lu par lui », *Liberté Arts & Politique*, N° 315, printemps 2017.