

Service public,
participation et citoyenneté

L'organisation communautaire en CSSS



Denis Bourque
René Lachapelle

COLLECTION
Initiatives

«Initiatives» propose des ouvrages sur des thèmes d'actualité en lien avec le développement des communautés. Elle offre des synthèses accessibles pour mieux exploiter la recherche dans ce domaine et les applications qu'elle permet, et contribuer au renouvellement des pratiques liées au développement social, au développement socioéconomique de ses territoires ainsi qu'à la dimension internationale du développement local. «Initiatives», qui croise le savoir des chercheurs et des intervenants, est dirigée par Lucie Fréchette et Martin Robitaille, de l'Alliance de recherche université-communauté - Innovation sociale et développement des communautés (ARUC-ISDC) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

L'organisation communautaire en CSSS

DANS LA MÊME COLLECTION

Concertation et partenariat

Entre levier et piège
du développement des communautés

Denis Bourque

2008, 152 pages, 978-2-7605-1582-6

Coopération Nord-Sud et développement

Le défi de la réciprocité

*Louis Favreau, Lucie Fréchette
et René Lachapelle*

2008, 196 pages, 978-2-7605-1571-0

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450

Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone: 418-657-4399 • Télécopieur: 418-657-2096

Courriel: puq@puq.ca • Internet: www.puq.ca

Diffusion / Distribution :

CANADA et autres pays

PROLOGUE INC.

1650, boulevard Lionel-Bertrand

Boisbriand (Québec) J7H 1N7

Téléphone: 450-434-0306 / 1 800 363-2864

SUISSE

SERVIDIS SA

Chemin des Chalets

1279 Chavannes-de-Bogis

Suisse

FRANCE

AFPU-DIFFUSION

SODIS

BELGIQUE

PATRIMOINE SPRL

168, rue du Noyer

1030 Bruxelles

Belgique

AFRIQUE

ACTION PÉDAGOGIQUE

POUR L'ÉDUCATION ET LA FORMATION

Angle des rues Jilali Taj Eddine

et El Ghadfa

Maârif 20100 Casablanca

Maroc



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

COLLECTION
Initiatives

Service public,
participation et citoyenneté

L'organisation communautaire en CSSS

**Denis Bourque
René Lachapelle**

2010



Presses de l'Université du Québec
Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce à l'aide financière de la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC).

Mise en pages: PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Couverture – Conception: RICHARD HODGSON

Illustration: *Crowd #15*, DIANA ONG, SuperStock

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2010 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2010 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2010

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /

Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada



Remerciements

Un merci chaleureux à Dominic Foisy, professeur au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais, pour sa contribution majeure au chapitre sur la structuration de la profession, qui constitue un apport de grande qualité à cet ouvrage.



Introduction

Ce livre est destiné aux intervenants qui œuvrent en organisation communautaire, aux gestionnaires et aux planificateurs qui s’y intéressent, ainsi qu’aux étudiants et futurs praticiens en ce domaine. Il vise à faire le point sur l’évolution et sur les défis de cette pratique professionnelle dans le secteur public québécois, particulièrement les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

L’organisation communautaire peut se concevoir comme une pratique d’intervention sociale professionnelle qui cherche à mettre en œuvre l’action collective pour contribuer au développement de la société et des communautés qui la composent. Elle est issue, au Québec, des pratiques du mouvement progressiste des années d’après-guerre (mouvement syndical, coopératif, religieux de gauche). L’organisation communautaire constitue aujourd’hui tout à la fois une pratique de mouvements sociaux et une profession inscrite au fil du temps dans le développement du secteur public et des réseaux associatifs dans de nombreux domaines dont celui de la santé et des services sociaux, du développement local ou régional, de la famille et de la jeunesse, de la revitalisation urbaine, de la lutte à la pauvreté, etc. (Favreau, 2009).

C'est la dimension professionnelle et de service public de l'organisation communautaire telle qu'elle se pratique en CSSS qui sera abordée dans cet ouvrage, dont l'objectif est de faire état de certains travaux de l'ARUC-Innovation sociale et développement des communautés, ainsi que de ceux de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire depuis sa création en 2008. La mission de la chaire est de produire des connaissances visant le développement de l'organisation communautaire par la compréhension des conditions de succès et de renouvellement de cette pratique. Pour ce faire, la chaire mène des travaux de recherche et de diffusion sur les quatre approches du modèle québécois de l'organisation communautaire (action sociale, développement local, socio-institutionnelle et sociocommunautaire, dont nous traitons au chapitre suivant) et leurs formes les plus efficaces de croisement entre participation démocratique et efficacité ou résultats. Dans ses deux premières années d'existence sur un mandat de cinq ans, la chaire s'est concentrée sur l'approche de développement local et sur l'approche socio-institutionnelle de l'organisation communautaire au Québec.

Sur ces terrains, après quatre décennies au cours desquelles l'organisation communautaire a évolué et s'est institutionnalisée comme pratique professionnelle, elle traverse maintenant une période charnière où nous pouvons identifier deux principaux écueils. Premièrement, au plan de la finalité et du sens de l'organisation communautaire, cette pratique doit composer avec des logiques et des courants tendant à l'instrumentaliser, de même que la société civile, pour mettre en œuvre des programmes publics ou privés centralisés d'inspiration plus ou moins néolibérale. Le deuxième écueil se situe au plan du renouvellement des pratiques professionnelles dans un contexte politique et administratif qui n'est guère favorable au type de leadership participatif et démocratique des organisateurs et organisatrices communautaires. L'organisation communautaire en CSSS peut compter sur des acquis, mais elle doit se donner les moyens de développer les compétences

requis pour les transformations sociales en cours et pour camper de nouveau sa légitimité dans les services de santé et les services sociaux.

L'organisation communautaire demeure une des innovations professionnelles les plus audacieuses du réseau public québécois de santé et de services sociaux. Elle y a fait son entrée à la faveur d'un double mouvement de revendication populaire pour des services de santé qui prennent en compte ce que l'on désigne aujourd'hui comme les déterminants sociaux de la santé, et de développement des services ouverts sur la prévention et la promotion de la santé et du bien-être des populations. Les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont constitué une pièce maîtresse d'une démocratisation de la santé qui demeure, à travers des avancées et des reculs dont nous traiterons, un enjeu distinctif des pratiques québécoises. L'organisation communautaire en CSSS est une des contributions significatives des services publics à la vie démocratique des communautés.

Elle a essaimé dans d'autres réseaux publics au niveau du gouvernement du Québec, des régions et des municipalités. Nulle part ailleurs qu'au Québec on anime et soutient ainsi l'action communautaire pour agir sur les problèmes collectifs. Le développement social et celui des communautés requièrent la contribution d'intervenants et d'intervenantes qui misent sur la participation citoyenne et sur celle des acteurs sociaux. Ces participations sont essentielles au développement et à la coconstruction d'initiatives appropriées aux enjeux actuels des collectivités. Pour l'organisation communautaire, c'est un défi stratégique d'interface entre pouvoirs publics et société civile dans de nouveaux contextes (politique, institutionnel, social, associatif) plus complexes et contraignants. Une interface non pas à sens unique (du haut vers le bas), mais interactive où la participation citoyenne et des acteurs sociaux signifie une prise sur les orientations, les contenus et la gestion des réponses collectives aux enjeux collectifs. Participation appelant aussi la contestation et la mobilisation

face à des politiques publiques et des pratiques privées inacceptables. Participation pouvant enfin mener à l'innovation dans les formes d'organisation et d'action des groupes communautaires et des communautés laissés pour compte du modèle économique et du système politique en place.

Même si l'évolution et le développement de l'organisation communautaire ont toujours été intimement reliés aux transformations des politiques et des services publics ainsi qu'à celles des mouvements sociaux, les nouveaux contextes posent des défis inédits que nous identifierons dans les chapitres suivants. Mais le contexte n'est pas la seule donnée à prendre en compte. Il y a également la stratégie et les pratiques des intervenants qui, en tant qu'acteurs, peuvent se donner des moyens organisationnels et opérationnels pour développer des pratiques réflexives et interactives. Depuis 1988, les organisateurs communautaires de CSSS se sont dotés d'une association, véritable communauté de pratiques, qui réunit sur une base volontaire la majorité d'entre eux partout au Québec. Il s'agit du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC) qui, comme l'ont démontré Comeau *et al.* (2008, p. 154), leur permet, dans une certaine mesure, de participer à la modification du contexte structurel de leur pratique qui «représente à la fois le contexte d'influence sur les pratiques et leur résultat». Ainsi, nous nous intéressons à la fois aux transformations dans les contextes qui structurent les pratiques d'organisation communautaire dans le secteur public, et aux réponses et stratégies de la part des acteurs pour faire face aux nouveaux enjeux et défis qui confrontent l'organisation communautaire, en regard particulièrement des approches socio-institutionnelle et de développement local.

Le présent ouvrage ne prétend donc pas couvrir tous les aspects des fondements, des approches et des champs de pratique de l'organisation communautaire. Ces questions ont été traitées dans un ouvrage publié en 2007 auquel nous avons collaboré (Bourque *et al.*, 2007). Il vise plutôt à :

- explorer et documenter des dimensions clé de la pratique actuelle de l'organisation communautaire professionnelle telle qu'elle se pratique spécifiquement dans les CSSS;
- partager les analyses des enjeux et perspectives qui confrontent les organisateurs et organisatrices communautaires (OC), ainsi que les groupes et les collectivités auprès desquels ils interviennent quotidiennement;
- identifier et discuter des facteurs, des stratégies et des pratiques qui influencent le développement de l'organisation communautaire dans le secteur public.

Quatre principales questions sont abordées et développées dans les chapitres suivants :

- les transformations institutionnelles qui ont un impact sur l'organisation communautaire, spécialement l'intégration des CLSC dans les CSSS et la responsabilité populationnelle et de coordination de réseaux locaux de services qui est dévolue à ces institutions ; les logiques gestionnaires de la nouvelle gestion publique (NGP) et les approches de la santé publique ;
- l'organisation communautaire et les programmes de santé publique ;
- la contribution des OC des CSSS aux infrastructures communautaires de développement des communautés ;
- l'encadrement administratif, la coordination et la supervision professionnelle des OC dans les CSSS.

Mais d'abord, le premier chapitre tracera les pourtours de l'organisation communautaire en tant que pratique d'intervention sociale, l'itinéraire de cette profession au Québec, ainsi que l'état de situation auquel elle est confrontée aujourd'hui.



L'organisation communautaire au Québec, des CLSC aux CSSS

L'organisation communautaire tire son fondement premier de l'affirmation selon laquelle les problèmes sociaux et de santé sont de nature collective et doivent faire l'objet de solutions collectives (Favreau et Fréchette, 2003). Elle s'est développée au Québec à partir des années 1960, et dans les services publics à partir des années 1970, en prônant l'action collective comme stratégie de modification des conditions de vie, se démarquant ainsi du modèle traditionnel en service social, soit le service individualisé visant

l'adaptation sociale. Depuis cette époque, l'organisation communautaire professionnelle est reconnue comme l'une des approches majeures du travail social qui bénéficie de ce champ du savoir pour sa réflexion théorique sur ses pratiques en soutien aux efforts des collectivités dans la solution de problèmes collectifs (Brieland, 1987). Elle est un domaine spécifique du travail social parce qu'elle mise sur l'action collective et la participation comme vecteur de changement social, et parce qu'elle possède un corpus de connaissances, une éthique, des approches ainsi que des méthodes distinctes. Elle se distingue de l'action communautaire, qui renvoie à la contribution citoyenne en développement social (Québec, 2001).

Une définition de l'organisation communautaire...

Différentes méthodes d'intervention par lesquelles un agent de changement professionnel aide un système d'action communautaire composé d'individus, groupes ou organisations à s'engager dans une action collective planifiée dans le but de s'attaquer à des problèmes sociaux en s'en remettant à un système de valeurs démocratiques (Kramer et Specht, 1983, dans Bourque *et al.*, 2007, p. 13).

... et de l'action communautaire

Désigne toute initiative issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, d'intérêt, d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise par des pratiques multiples et diversifiées structurées autour de trois axes principaux : a) mise en place de ressources et de services d'utilité sociale évidente, b) activités d'éducation populaire favorisant l'exercice d'une citoyenneté active, c) formulation et mise à l'avant de revendications sociales visant à rendre notre société plus cohérente avec les valeurs auxquelles nous adhérons collectivement (Lamoureux *et al.*, 2008, p. 4).

L'action communautaire est donc synonyme d'action collective et citoyenne, alors que l'organisation communautaire est une forme d'intervention professionnelle qui vise à agir sur l'action communautaire à différents niveaux (démarrage, stimulation, soutien, structuration, évaluation, etc.). L'action communautaire existe donc en elle-même indépendamment de l'organisation communautaire, mais elle gagne à être soutenue par l'expertise et les ressources de cette pratique professionnelle.

Dans les sociétés avancées, des groupes sociaux et des collectivités vivent des situations d'inégalité sociale et de santé et de marginalité, voire d'exclusion sociale. Ainsi, il est démontré que des inégalités de santé sont présentes dans toutes les sociétés industrielles en fonction de la classe sociale, du revenu, du niveau de scolarité, du statut professionnel et de la qualité de l'environnement social (Renaud, 1993). Les indicateurs de santé comme l'espérance de vie et la morbidité sont fortement corrélés avec les conditions socioéconomiques dans lesquelles les personnes vivent et travaillent, ainsi qu'avec la qualité des rapports humains : réseaux sociaux, participation sociale, cohésion sociale, sentiment d'appartenance, estime de soi, etc. (Bernard *et al.*, 2007 ; De Koninck, 2007). L'action sur les déterminants sociaux de la santé comporte le plus fort potentiel d'amélioration de l'état de santé des populations et de réduction des inégalités en ce domaine (MSSS, 2005). Ces inégalités de santé, comme les inégalités sociales, ne sont pas sans causes : elles proviennent d'un type d'organisation sociale où le pouvoir économique et politique est exercé par une minorité, souvent en fonction d'intérêts spécifiques à l'opposé de l'intérêt général. De plus, des préjugés et des idéologies construisent ou légitiment des discriminations nombreuses (sexisme, racisme, etc.). Dès lors, Favreau et Fréchette (2003, p. 8) proposent de définir l'organisation communautaire comme une « intervention planifiée de changement social dans, pour et avec les communautés locales afin de s'attaquer à ces inégalités, à cette

concentration du pouvoir et à ces discriminations». Ces auteurs proposent cinq caractéristiques de l'intervention en organisation communautaire :

1. agir principalement au sein de communautés locales, soit une approche à partir de la base (*bottom up*) par différenciation avec une approche à partir des politiques publiques (*top down*);
2. miser sur le potentiel de changement social des communautés à partir de l'identification de besoins, problèmes ou enjeux dans ces communautés;
3. avoir une visée de transformation sociale et de démocratisation permanente, y compris à l'intérieur des organisations démocratiques qu'elle a elle-même contribué à mettre sur pied;
4. avoir une préoccupation centrale d'organisation de nouveaux pouvoirs et services au sein de ces communautés locales;
5. se démarquer du travail social d'assistance et de la pratique traditionnelle d'aide sociale (les *charity organizations*), c'est-à-dire mettre l'accent sur les forces, les talents et les habiletés des gens plutôt que sur leurs insuffisances, d'où la notion d'*empowerment* ou de « pouvoir d'agir ».

Dans les services publics, la pratique professionnelle de l'organisation communautaire contribue également à ce que les services et les programmes publics soient plus pertinents et efficaces par une meilleure prise en compte des réalités locales, ainsi qu'une compréhension globale des problèmes sociaux ou de santé. Elle vise aussi la mise en place d'une relation avec les usagers ou les partenaires des institutions qui soit autre que celle de clients ou de sous-traitants.

Le Québec détient une expertise unique en organisation communautaire en raison de sa familiarité comme société nord-américaine avec la culture d'origine de cette

pratique, mais surtout du fait des choix politiques de l'État lors de la création des CLSC et de la reconnaissance comme pratiques citoyennes de l'économie sociale (1996) et de l'action communautaire (2001). Actuellement, des milliers d'intervenants exercent le métier dans 8000 organismes communautaires, près de 400 le font dans les 95 CSSS dont 60% ont une formation universitaire initiale en travail social (Comeau *et al.*, 2008), et des centaines d'autres pratiquent à partir d'autres institutions et dispositifs comme les agents de concertation ou de développement de CLD, CDEC, CDC ou municipalités, etc. Plusieurs initiatives récentes publiques ou privées ont recours à ce type d'intervenants, dont la Politique de la ruralité avec ses 170 agents de développement rural, les Forums jeunesse et leurs 21 « agents de participation citoyenne » à travers le Québec, l'Approche territoriale intégrée en matière de lutte à la pauvreté, qui permet l'embauche de 50 agents de développement de la concertation locale, la Fondation Lucie et André Chagnon, qui recrute des agents de développement pour ses comités d'action locale, etc. Ces nouveaux professionnels ont des descriptions de tâches et des compétences qui correspondent généralement à celles des organisateurs communautaires, comme l'a démontré Robitaille (2007).

L'objet de nos recherches, l'organisation communautaire en CSSS, s'inscrit dans cet ensemble riche et complexe, tout en occupant une place distinctive justifiant qu'on lui accorde un traitement particulier. C'est, en effet, dans les CLSC et maintenant les CSSS que des professionnels s'identifient comme organisateurs ou organisatrices communautaires, alors que dans les autres organismes, les titres d'emploi renvoient à la variété des tâches accomplies et que, dans le milieu communautaire, les intervenantes et intervenants s'identifient d'abord à l'organisme plutôt qu'à la profession (Comeau *et al.*, 2008, p. 88-89).

DES ORIGINES À LA PÉRIODE FONDATRICE DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Avant la période de l'animation sociale au début des années 1960, l'action sociale et collective existait déjà au Québec sous différentes formes, particulièrement autour des paroisses et de l'action catholique, des syndicats ouvriers et des coopératives (Doucet et Favreau, 1991). À partir de la crise économique des années 1930, des voix s'élèvent dans l'Église, les syndicats et les partis politiques de gauche, pour réclamer auprès de l'Église et de l'État une modernisation des formes de l'action sociale par la remise en question de l'approche caritative, la coordination plus efficace des services, la laïcisation et une implication de l'État. Doucet et Favreau (1991, p. 40) parlent d'une « pensée sociale de plus en plus laïcisante » qui, graduellement, met en place les conditions nécessaires à l'avènement de la Révolution tranquille. Mais il faudra attendre le début des années 1960 pour observer la naissance de l'animation sociale et des comités de citoyens. En milieu urbain, cette période s'étend de 1963 à 1969, alors qu'en milieu rural, Bélanger et Lévesque (1992) estiment qu'elle se prolonge jusqu'en 1975. L'animation sociale est née en 1963 au Conseil des œuvres de Montréal, lieu de stage des animateurs formés aux écoles de service social et qui sont à l'origine des premiers comités de citoyens (Doucet et Favreau, 1991). En 1969, plus de cinquante comités de citoyens sont actifs à Montréal et adressent aux pouvoirs publics leurs revendications concernant la justice sociale, la participation à la vie politique et la mise en place de services collectifs publics. Le contexte sociopolitique dans lequel apparaissent les comités de citoyens est celui de la Révolution tranquille et d'une croissance économique soutenue permettant le développement d'une infrastructure sociale étatique. Selon Hamel (1991), un fort courant de la technocratie montante favorisait la participation de toute la société civile à l'entreprise de modernisation que constituait la Révolution tranquille. Le thème de la par-

ticipation des citoyens véhiculé par l'animation sociale se trouvait en convergence de vues avec ce courant de la technocratie au sein de l'État. À l'origine, ces comités de citoyens sont mis sur pied à l'initiative des animateurs sociaux, qui favorisent de la sorte une approche collective des problèmes sociaux dont la solution passait par des services collectifs obtenus au moyen de la revendication populaire. Ces comités sont composés de personnes issues des classes populaires et engagées dans l'action collective en tant qu'acteurs sociaux. Les comités de citoyens forment un véritable mouvement populaire qui se différencie du mouvement ouvrier par sa structure de réseau informel. Ce mouvement populaire se distingue aussi par une volonté d'indépendance envers l'Église, l'État et les syndicats.

L'animation sociale se développa un peu partout au Québec, particulièrement avec l'arrivée de la Compagnie des Jeunes Canadiens en 1966 et l'Action sociale jeunesse par la suite, qui existeront jusqu'au début des années 1970. Au Bureau d'aménagement de l'Est du Québec (BAEQ), mis sur pied en 1963, on recruta des jeunes diplômés en service social chargés de mener une vaste opération d'animation sociale autour de l'aménagement du territoire de l'Est du Québec. Pour Doucet et Favreau (1991), le BAEQ était le premier projet de développement local au Québec, alors que le Conseil des œuvres a donné naissance aux premières interventions de type action sociale. Le BAEQ et le Conseil des œuvres ont été des lieux d'expérimentation sociale qui ont marqué le début de la professionnalisation de l'organisation communautaire au Québec, selon un premier critère voulant que des personnes fassent de l'organisation communautaire l'activité principale dont ils tirent leurs moyens d'existence. Ce premier critère est nécessaire mais non suffisant pour parler d'une véritable professionnalisation. Il faudra attendre les décennies suivantes, et surtout la création des CLSC, pour que se mettent en place graduellement les autres conditions de la professionnalisation, qui renvoient à l'acquisition graduelle par l'organisation communautaire d'un domaine propre d'intervention,

d'un corpus de connaissances, de modèles d'intervention et de méthodes de travail cohérents et, enfin, d'une identité et d'une éthique partagées (Favreau et Hurtubise, 1993).

L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE DANS LES SERVICES PUBLICS

C'est dans les années 1960, au moment où les animateurs sociaux la pratiquaient dans les communautés urbaines et rurales en difficulté, que l'organisation communautaire a fait son entrée dans certains centres de services sociaux (CSS). Avec la mise en place des CLSC, elle est devenue une pratique professionnelle reconnue dans le secteur public. L'ouverture de ces nouveaux établissements s'est généralement réalisée en associant un ou des organisateurs communautaires à l'équipe de planification chargée de développer la programmation de base à partir des besoins des milieux. Les CLSC s'enracinaient en fait dans un double processus : la radicalisation communautaire des années 1970 (Hurtubise, 1991) et l'émergence de nouvelles perspectives de planification sociale (Lesemann, 1977). Leur création est le résultat de la poussée participationniste suscitée et soutenue par les animateurs sociaux d'une part et, d'autre part, de la promotion par la génération de planificateurs associée à la Révolution tranquille d'une conception de la santé qui met l'accent sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé. Les CLSC ont ainsi innové dans le réseau des affaires sociales en donnant un statut à l'organisation communautaire et un soutien actif au développement d'organismes communautaires.

Clarifions les termes

Aussi bien au ministère des Affaires sociales qu'à la Fédération des CLSC du Québec, on désignait les organisateurs et organisatrices communautaires, tout comme les travailleurs

et travailleuses communautaires, comme des « intervenants et intervenantes en action communautaire ». Les développements théoriques au tournant des années 1990 ont clarifié la distinction entre « action communautaire » et « organisation communautaire ». C'est le RQIIAC, au moment de l'adoption de son cadre de référence en 2002, qui a choisi d'affirmer l'organisation communautaire plutôt que l'intervention en action communautaire en s'appuyant sur la désignation déjà établie dans les conventions collectives depuis 1976 et l'évolution conceptuelle des années 1990. Au MSSS, on utilise encore le terme « intervention communautaire » pour désigner les services d'organisation communautaire (MSSS, 2004a).

Les organisateurs et organisatrices communautaires (OC) recrutés par les CLSC sont issus de la communauté aussi bien que du travail social et désignés comme « intervenants et intervenantes en action communautaire ». Ils « avaient été formés en référence à l'animation sociale et avaient été influencés par les pratiques d'animation dans les comités de citoyens et les groupes populaires » (Hurtubise, 1989, p. 52). En recrutant en dehors des rangs professionnels, les CLSC contribuent à un déplacement significatif de l'axe professionnel et fournissent à l'organisation communautaire « un nouveau contexte organisationnel échappant au contrôle de la profession, et où sa reconnaissance institutionnelle comme titre d'emploi est assortie de critères d'embauche qui ne font plus de la formation en service social une obligation pour les détenteurs et détentrices des postes » (Doré, 1985, p. 213). Dès 1976, c'est par le biais des conventions collectives que s'établit le statut des OC. La convention FAS-CSN décrit ainsi les fonctions de l'organisateur communautaire en CLSC :

Personne qui fait l'identification et l'analyse des besoins de la population avec des groupes concernés. Conçoit, coordonne et actualise des programmes d'organisation communautaire afin de répondre aux besoins du milieu et

de promouvoir son développement. Agit comme personne-ressource auprès des groupes. Doit détenir un premier diplôme universitaire terminal en sciences humaines.

Dans cette définition, la dimension de la participation des groupes concernés est centrale, de même que celle du développement du milieu dans son ensemble. Cependant, l'arrivée de l'organisation communautaire dans le secteur public ne fait pas l'unanimité parmi les animateurs sociaux de l'époque, comme en témoigne le fait que seulement trois candidatures furent présentées lors de l'ouverture des deux postes d'organisateur communautaire au CLSC Seigneurie-de-Beauharnois en 1975. La majorité des militants de l'animation sociale de ce milieu considérait qu'il était impossible de mener une action sociale signifiante dans une institution étatique qui, de surcroît, récupérait l'animation sociale.

LES DÉBUTS (1972-1985)

L'organisation communautaire s'inscrit dans la dynamique d'implantation des premiers CLSC en favorisant la participation des milieux à l'orientation des services. Elle centre également son action sur la mobilisation autour des conditions de vie dont les questions de logement, d'aménagement du territoire, de garderies, etc. Sur ce terrain, elle a puisé son inspiration à plusieurs courants. Outre les mouvements sociaux qui ont préparé et animé la Révolution tranquille, on doit mentionner :

- les courants américains liés au travail d'animation en revitalisation urbaine effectué dans des centres communautaires (*settlement houses*), mais aussi à l'action radicale auprès des minorités, noires en particulier, la négociation conflictuelle (Alinsky et le *grassroots democracy*), la guerre à la pauvreté, les mouvements sociaux de contestation étudiante (contre la guerre du Viêtnam notamment), le mouvement féministe et la contre-culture ;

- les courants européens et tiers-mondistes, de contestation de la société de consommation, d'autogestion, d'aménagement rural en Europe et de développement local en Afrique, tout comme des pratiques d'inspirations marxiste et chrétienne radicale en provenance de l'Amérique latine, notamment les projets de conscientisation de Paulo Freire, et la théologie de la libération. (Mercier, 2009)

L'action sociale est le modèle principal de pratique en organisation communautaire à cette époque, ce qui heurte souvent les élites locales, qui font pression sur les CLSC afin de contenir l'action des OC.

Participant au courant de pensée qui se propose de mettre l'expertise professionnelle au service du changement social, les OC des CLSC contribuent à un renouvellement des pratiques sociales qui déborde largement les établissements. Ils maintiennent des liens forts avec l'animation sociale et un certain nombre d'entre eux participent avec des OC de groupes populaires au Regroupement des organisateurs communautaires du Québec (ROCQ), une association mise sur pied en février 1976 « pour répondre aux besoins de formation d'organisateurs-trices communautaires fraîchement déformés-es par l'université et confrontés-es à la réalité de la pratique institutionnelle ou militante » (Doré *et al.*, 1987, p. 7). Le projet de base des fondateurs du ROCQ c'est d'« utiliser [leur] situation professionnelle pour aider la lutte des travailleurs » (*idem*, p. 10). Le manifeste de 1977 repose sur une analyse de classes selon laquelle les OC se perçoivent eux-mêmes comme « chargés d'encadrer le prolétariat sur certains effets du capitalisme dans ses conditions de vie » (Doré *et al.*, 1987, p. 11). Il y a aussi un second courant que Lafrance et Lesemann (1980) identifient à partir d'une recherche dans vingt-trois CLSC de la région de Montréal qui les amène à considérer que « le rôle de l'organisateur communautaire est mis en veilleuse au profit de la création d'un nouveau statut: celui de travailleur professionnel. [...] Un modèle d'organisation communautaire se profile derrière cette

recherche: c'est celui de la planification et de la gestion des services» (Lafrance et Lesemann, 1980, p. 27-28). La Fédération des CLSC du Québec (FCLSCQ), sur la base des travaux de Marie Jobin, délaisse les approches idéologiques polarisantes et affirme que «les CLSC jouent un rôle de concertation et de complémentarité avec les organismes du milieu» (Jobin, 1986, p. 18).

Quel que soit le courant auquel elle se rattache, l'organisation communautaire de la première génération des CLSC «est sur la ligne des conflits potentiels entre l'institution, l'État et les groupes de citoyens» (Hurtubise, 1989, p. 52). Dans les *Orientations générales en santé communautaire* d'octobre 1973, le ministère des Affaires sociales voulait effectivement que «les CLSC privilégient [...] l'action communautaire pour amener la population à participer à l'élaboration et à la solution des problèmes de santé ou des problèmes sociaux du milieu» (Parenteau, 1986, p. 9). Cette approche communautaire expose les CLSC aux tensions sociales. De là les discussions vigoureuses sur le rôle social des CLSC (Gulati et Guest, 1990) et la tentation d'encadrer fermement «des pratiques "à hauts risques politiques"» (Hurtubise, 1989, p. 53). En permettant à de nouveaux leaders de se manifester, les CLSC assument au plan local un rôle politique qui leur vaut une solide méfiance des leaders traditionnels et des remises en question répétées (Godbout et Martin, 1974; Parenteau, 1986). Les OC sont aux premières loges de cette identification au milieu et des conflits qui en résultent (Hurtubise, 1989).

En 1975, les CLSC font l'objet d'un premier bilan à la demande du ministre. Le rapport majoritaire du comité de travail présidé par Louis Champoux déplore que certains CLSC soient axés sur le communautaire en fonction d'une idéologie antiservices et recommande qu'on pratique plutôt une approche mixte de services et d'action communautaire (Champoux *et al.*, 1975). Dans un rapport minoritaire, Alary et Lesemann défendent pour leur part une définition des CLSC comme «institutions de développement social et communautaire» où l'organisation communautaire a

«son champ d'action propre» (Alary et Lesemann, 1975, p. 9). La Fédération des CLSC du Québec, toute nouvelle en 1975, adopte, lors de son premier congrès d'orientation, cinq résolutions relatives à l'action communautaire, considérée comme une profession au même titre que la médecine (FCLSCQ, 1975).

En assurant le maintien de l'alliance entre la communauté et les intervenants des CLSC, l'organisation communautaire permettait une programmation fortement marquée par la situation locale au point que certains CLSC pouvaient «se considérer comme des centres de services appartenant aux communautés locales elles-mêmes» (Favreau, 1988, p. 29).

Des intervenants socialement engagés

«Ce n'est pas nécessairement ce pourquoi les gouvernements les mettaient sur pied mais nous, nous voulions en faire un outil de remise en question des pratiques de service social dites traditionnelles et un lieu de renouvellement des pratiques. Nous l'avons fait en lien avec les gens des groupes populaires, pour que ce CLSC ressemble au quartier et soit un outil de développement du quartier» (Gingras, 1989, p. 9).

En juillet-août 1976, les CLSC apprennent avec stupeur que leur budget est gelé : trois années de croissance zéro et un ralentissement de la création des nouveaux établissements dans les trois années subséquentes. C'est une difficile période de réalignement qui se poursuit sous le gouvernement Lévesque élu en novembre 1976, période au cours de laquelle le ministère des Affaires sociales tente d'imposer un modèle d'organisation plus médical (MAS, 1976). La Fédération permet aux CLSC de résister et obtient l'adoption de *Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires* (MAS-FCLSCQ, 1977), qui consacre les acquis sociocommunautaires, mais qui a aussi pour effet de maintenir les CLSC à la marge du réseau public de santé et de services sociaux.

L'époque est aux coupures dans les politiques sociales. Les coupures de postes de la réforme Forget-Lazure (1975-1977) coïncident avec l'achèvement au tournant des années 1980 d'un réseau réduit de CLSC et la mise en place en 1977 du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), dont l'État découvre les vertus peu onéreuses. C'est l'époque du passage des groupes populaires aux groupes communautaires, dont la spécialisation est renforcée par l'efficacité même de l'organisation communautaire en CLSC (Favreau, 1989). Sous cette impulsion surgissent de nouveaux organismes communautaires définis à partir de problématiques spécialisées plutôt que territoriales, comme c'était le cas dans les comités de citoyens. Ces nouvelles problématiques justifient l'établissement de programmes nationaux qui représentent « une tendance lourde » en fonction de laquelle les initiatives locales, terrain de prédilection de l'organisation communautaire, n'arrivent pas à faire le poids (Bélanger et Lévesque, 1988). Cet effet de déterritorialisation est renforcé par les craintes entretenues par la Fédération des affaires sociales (CSN) et la FCLSCQ à l'égard de précédents que directions et syndicats pourraient créer dans chaque établissement par le biais d'ententes locales. Les titres d'emploi d'organisateur et de travailleur communautaire (exigeant une formation de niveau collégial) acquièrent droit de cité dans les conventions collectives mais, si la profession gagne en reconnaissance, les communautés locales y perdent en capacité d'influencer leur CLSC.

De 1972 à 1986, la part de budget du Ministère qui revient aux CLSC passe de moins de un pour cent à près de six pour cent (d'après Parenteau, 1986, Annexe 1, p. 4). Plus des quatre cinquièmes des budgets proviennent de transferts de ressources: l'ensemble du réseau, à l'exception de la région de Montréal, bénéficie en 1984 d'un important transfert de ressources sociales en provenance des centres de services sociaux. L'organisation communautaire occupe significativement moins de place dans

les CLSC implantés après 1980 qui comptent en moyenne 1,3 postes d'OC, que dans ceux qui furent implantés avant cette date, où la moyenne est de 3,1 postes (Jobin, 1986). La stratégie de développement des CLSC qui marque la décennie entraîne un redéploiement de l'organisation communautaire visant à la mettre prioritairement au service de l'approche communautaire dans le contexte de la « crise de l'État-providence » (Rosanvallon, 1981) et de l'avènement des « services sociaux communautaires » (Barclay *et al.*, 1982). La Fédération publie un document signé par Jean-Pierre Bélanger (1983), *Les mutations de l'État-providence et le devenir des CLSC*, qui présente la crise de l'État-providence comme facteur pouvant « accélérer le parachèvement du réseau des CLSC » (Bélanger, 1983, p. 3). L'intervention collective, l'organisation communautaire, le bénévolat articulé de façon plus efficace et le développement des ressources du milieu devraient permettre aux services publics de « réorienter leur action vers les cas les plus exigeants et plus complexes » (*idem*, p. 49). Pour se positionner, les CLSC doivent envisager de « renforcer l'alliance avec les groupes et les ressources du milieu et renforcer les moyens d'insertion communautaire qui sont indispensables au modèle » (*idem*, p. 55). L'organisation communautaire devrait donc s'orienter vers la mobilisation des forces du milieu pour dispenser des services à ceux que le rapport Brunet désignera comme les groupes sociaux à risque. Cette stratégie d'inspiration néolibérale considère l'organisation communautaire comme un outil de mobilisation des réseaux sociaux pour pallier les limites des programmes institutionnels. Mais elle est aussi convergente d'une certaine façon avec la vision de promoteurs des CLSC, qui considèrent que l'approche communautaire « spécifique, sinon exclusive, aux mandats des CLSC » constitue leur meilleure justification, puisqu'elle est une clé pour « la prévention des maladies et des dysfonctionnements sociaux que dans leur traitement et leur résorption » (Parenteau, 1986, p. 98). Si la définition de la santé sous-jacente à ces deux discours est divergente – le rapport

Brunet désigne les services de santé, alors que Parenteau renvoie à la conception de la santé mise de l'avant par le rapport Lalonde (1974) et à la Charte d'Ottawa (1986) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) –, leur effet favorise le parachèvement du réseau des CLSC.

Le recul du discours de changement social n'est pas sans inquiéter les OC, mais elle les incite aussi à s'investir dans le soutien au milieu communautaire dans une perspective démocratique de prise en charge collective des problèmes du milieu. À l'intérieur même des CLSC, il y a une tension entre des gestionnaires fortement incités à opter pour une approche communautaire qui instrumentalise l'action communautaire, et les OC qui réaffirment la spécificité de leur action. Au cours des années 1980, les organismes communautaires se développent en nombre et en diversité pour répondre aux besoins sociaux que les services publics ne prennent pas en charge ou qui le font de manière inadéquate. Ils sont en quelque sorte une réponse alternative aux problématiques des communautés dans un contexte où prévaut une remise en question idéologique du rôle de l'État. Si les OC jouent un rôle significatif de soutien au mouvement communautaire, ils se retrouvent aussi dans de nouveaux rapports avec des organismes communautaires soucieux d'établir leur autonomie et qui, sur le terrain des services, se trouvent parfois en compétition avec les CLSC pour un même financement public. L'organisation communautaire des CLSC investit davantage dans le développement de concertations sectorielles, au sein desquelles peuvent se négocier de nouveaux compromis respectueux des contributions des uns et des autres (Favreau et Hurtubise, 1993). Dans un contexte de crise de l'emploi, ils contribuent aussi à la mise en place d'organisations dédiées au développement local et d'entreprises d'économie sociale et d'insertion en emploi (*idem*).

La ministre Thérèse Lavoie-Roux commande, à l'été 1986, une nouvelle opération-bilan sur les CLSC à un groupe de travail présidé par le docteur Jacques Brunet, directeur général du Centre hospitalier de l'Université

Laval. Lors du colloque sur le développement communautaire à Victoriaville en octobre 1986, un groupe d'OC exprime des appréhensions quant aux conclusions attendues du comité. C'est l'occasion d'organiser la résistance, voire la contre-attaque: les intervenantes et intervenants communautaires en CLSC profitent de l'occasion pour former un comité chargé d'organiser une rencontre provinciale (Paré, 1989).

LA STRUCTURATION DE LA PROFESSION (1986-2002)

Cette seconde phase de l'itinéraire de l'organisation communautaire dans le réseau de la santé et des services sociaux est marquée par les phénomènes suivants :

- l'émergence d'une première systématisation du corpus de connaissances et des modèles d'intervention en organisation communautaire, d'inspiration américaine, favorisée par une alliance entre les milieux de pratique et ceux de l'enseignement et de la recherche universitaires ;
- une définition de la pratique coconstruite entre la Fédération des CLSC et les organisateurs communautaires du Québec ;
- et surtout, la mise en place d'un regroupement provincial des organisateurs et organisatrices communautaires, le RQIIAC, devenu une communauté de pratiques se donnant des moyens organisationnels et opérationnels pour développer des pratiques réflexives permettant de participer à la modification du contexte structurel de la pratique (Comeau *et al.*, 2008) particulièrement menaçant au milieu des années 1980.

En effet, douze ans après le rapport Champoux, le rapport Brunet, déposé en mars 1987, reprend la même perspective technocratique et affirme que le contexte

d'agitation sociale de l'époque a pénétré dans le milieu des CLSC, du fait qu'il s'agit d'institutions ouvertes au renouvellement des pratiques de santé. Le rapport propose que les interventions en organisation communautaire «se situent à l'intérieur des programmes des CLSC, auprès des groupes à risques, et visent des problèmes socio-sanitaires», délaissant tout ce qui n'est pas «problématiques reconnues spécifiquement comme étant socio-sanitaires» et qui cherche à «faire le lien entre les conditions économiques, sociales et sanitaires» (Brunet *et al.*, 1987, p. 31). Le comité dirigé par Brunet estime qu'il y a «nécessité de tracer une limite aux responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux» (*idem*, p. 65).

La FCLSCQ maintient que l'organisation communautaire est un outil essentiel de liaison avec la communauté. En janvier 1988, elle prend l'initiative de réunir en colloque au-delà de quatre cents personnes, intervenants et cadres, pour réfléchir sur *L'approche communautaire: maintenant plus que jamais* (FCLSCQ, 1988). Les intervenants réunis rejettent la réduction de l'organisation communautaire proposée par le rapport Brunet et estiment que la Fédération l'achète trop facilement. On exprime «le besoin d'une définition claire de l'approche communautaire [...], une définition qui soit élaborée à partir de la base» (FCLSCQ, 1988, p. 102-103).

Pour les OC, le rapport Brunet a l'effet d'un coup de fouet. En mai 1988, 350 personnes réunies à l'Université Laval fondent le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CLSC (RQIIAC). Une étude réalisée par Hurtubise *et al.* (1989), en préparation du colloque, avait rejoint par questionnaire la quasi totalité des OC des CLSC. Ses conclusions démontrent que la pratique professionnelle des OC s'inscrit dans un contexte où l'«intervention communautaire comporte, par définition, des contradictions entre l'appartenance à l'institution et la solidarité concrète avec les populations» (Hurtubise *et al.*, 1989, p. 2), une double imputabilité ancrée dans «l'autonomie du CLSC lui-même

par rapport à la communauté dans laquelle il s'insère» (*idem*, p. 2-3). L'enquête confirme le poids sur les pratiques communautaires du projet politique de cibler des clientèles, mais elle aboutit surtout à l'affirmation «que les intervenants communautaires jouissent d'une autonomie professionnelle certaine» (*idem*, p. 57) et qu'ils cherchent les moyens de la préserver. Un bulletin de liaison publié trimestriellement depuis février 1987 a préparé le terrain pour que le colloque soit le moment de constituer un regroupement permanent qui soit très inclusif, faisant preuve d'«une ouverture tous azimuts sur les diverses écoles de pensée qui traversent le milieu des intervenants» (*idem*, p. 55).

La création du RQIIAC trouve écho à la Fédération des CLSC. En mai 1990, à l'occasion du second colloque du RQIIAC à Montréal, le président de la Fédération des CLSC, Maurice Payette, invite l'association «à participer à un groupe de travail dont le mandat serait de mieux définir ce qu'est l'action communautaire en CLSC et les balises qui doivent la guider» (Payette, 1990, p. 8). Cette invitation constitue une reconnaissance de la vitalité de l'organisation communautaire et de la présence significative du RQIIAC, et permet d'associer les OC à la définition de leur propre activité professionnelle. Elle leur permet surtout de faire valoir leur point de vue dans une conjoncture où l'action communautaire semblait perdre des plumes. Mieux, les définitions auxquelles le groupe de travail aboutit sont claires. Le texte sur l'action communautaire (FCLSCQ, 1991) fait partie d'un ensemble de cinq documents de réflexion qui font office de cadre de référence pour les CLSC. Le document définit l'organisation communautaire en CLSC comme «une forme de support organisationnel ou professionnel qui consiste à sensibiliser, à structurer et à organiser un milieu pour que celui-ci apporte une solution collective à un problème perçu lui-même comme collectif» (FCLSCQ, 1991, p. 12). Il définit six types d'actions caractéristiques de l'organisation communautaire: l'identification des problématiques du milieu;

la sensibilisation et la conscientisation du milieu ; le soutien aux ressources existantes ; la création de nouvelles ressources ; la concertation et la mobilisation des ressources du milieu et l'action politique. L'action communautaire est décrite comme « un moyen dont le CLSC doit se servir pour remplir adéquatement la mission qui lui est confiée » (*idem*, p. 23). Enfin, il reconnaît « que l'action communautaire comporte une dimension politique que ne possède pas la majorité des autres activités du CLSC » (*idem*, p. 24), ce qui explique qu'elle relève d'« une responsabilité partagée entre le conseil d'administration, le personnel cadre et les intervenants » (*idem*, p. 4). Alliés autour de l'idée que « le développement des CLSC et celui de l'action communautaire sont intimement liés » (Sénéchal, 1994, p. 22), le RQIIAC et la FCLSCQ forment un comité conjoint chargé de produire un guide de mise en œuvre qui complète le cadre de référence de 1991 : *Pratiques d'action communautaire en CLSC, Document de réflexion* (FCLSCQ, 1994).

La recherche sur l'organisation communautaire connaît à cette période des avancées significatives. Favreau et Hurtubise mettent en évidence que les OC jouissent d'une légitimité dans leur milieu et exercent un pouvoir d'influence qu'ils partagent avec la direction, les deux étant « presque les seuls à avoir comme centre de leurs préoccupations et de leur intervention la communauté dans son ensemble » (Favreau et Hurtubise, 1993, p. 105). Là où la collaboration OC-direction est consistante, le CLSC développe un profil sociocommunautaire qui se concrétise par une « plus grande importance accordée aux initiatives partenariales de prévention sociale et de développement des communautés » (*idem*, p. 65).

Comme le démontrent Favreau et Hurtubise (1993, p. 81), le rapport Brunet n'a pas réussi à standardiser l'organisation communautaire, car ils ont relevé une diversité d'orientations et de pratiques entre deux pôles, soit celui de l'animation neutre des groupes et celui de la politisa-

tion. On note cependant une certaine diminution (et non la disparition) des pratiques axées sur les conditions de vie au profit du champ sociosanitaire, comme le maintien à domicile et l'organisation de groupes de services.

Développement d'un corpus de connaissances et d'une identité partagée

Déjà, à partir du milieu des années 1980, plusieurs publications traitent de l'organisation communautaire québécoise, dont la revue *Service social*, qui lui consacrait un numéro entier en 1985. Comeau et St-Onge (2008) mentionnent que certains ouvrages paraissent à cette époque (Ampleman *et al.*, 1983 et 1987; Lamoureux, Mayer et Panet-Raymond, 1984; Marcotte, 1986; Savaria, 1985), mais le plus important, selon nous, est celui de Doucet et Favreau (1991), *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, qui fera école et deviendra un ouvrage de référence pour la formation et la pratique en organisation communautaire pendant quinze ans. Ils y reprennent la typologie de l'organisation communautaire de Rothman (1979), qui comprend trois approches types : l'action sociale, le développement local et le planning social.

L'action sociale vise des changements institutionnels fondamentaux ainsi que la redistribution du pouvoir et des ressources au profit des classes populaires. Ses moyens d'action sont la création de groupes de pression et de défense des droits, l'éducation populaire et la conscientisation, ainsi que l'action politique.

Le **développement local** vise à contrer la désintégration des communautés en renforçant leur capacité d'auto-organisation et d'autodéveloppement. La stratégie se caractérise par la concertation et le partenariat entre les acteurs et la mise sur pied d'organisations agissant sur le plan socioéconomique.

Le **planning social** vise la résolution de problèmes communautaires prioritaires. On parle alors de la démarche scientifique fondée sur le recours aux experts en vue de la mise sur pied de services de première ligne (publics ou communautaires) s'adressant à des populations cibles.

L'ouvrage de Favreau et Doucet représente une première systématisation d'envergure du corpus de connaissances et des modèles d'intervention en organisation communautaire au Québec. Suit la première édition, en 1996, du livre intitulé *La pratique de l'action communautaire* par Lamoureux, Lavoie, Mayer et Panet-Raymond, qui systématisé les méthodes de travail et développe des éléments pour une éthique en organisation communautaire (Lamoureux *et al.*, 2008). Enfin, le livre de Favreau et Hurtubise de 1993, *CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*, a contribué à développer une identité partagée parmi les organisateurs communautaires de CLSC. Les auteurs y évaluaient que de 1970 à 1990, l'organisation communautaire en CLSC, tout comme le mouvement communautaire, a connu une évolution caractérisée par la professionnalisation, la diminution du modèle de l'action sociale, la stabilisation du modèle de planning social, ainsi que la remontée du développement local. Ces différentes contributions de chercheurs et d'universitaires ont participé à la structuration de la profession, dans une période marquée par des transformations politiques et administratives qui interpellent l'organisation communautaire.

La réforme du ministre Côté, en 1992, crée les régies régionales et établit une politique nationale de santé publique. Ces choix ont une influence sur l'organisation communautaire, puisqu'ils mobilisent les OC «autour d'objectifs régionaux et nationaux en matière de promotion-prévention en santé publique, et sur des protocoles d'intervention précis expérimentés dans d'autres milieux» (Comeau *et al.*, 2008, p. 23). Les programmes de

santé publique, dotés d'un « financement spécifique », à la différence du financement à la mission caractéristique du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), conditionnent les organismes communautaires à chercher de nouveaux financements à partir de programmes standardisés de santé publique. Ils suscitent chez les OC, notamment les plus expérimentés, le sentiment que leur expertise professionnelle est réduite à mettre en œuvre des processus définis de l'extérieur plutôt que de soutenir la prise en charge d'une population par elle-même (*idem*, p. 158) (voir l'encadré « Planning ou organisation communautaire? » au chapitre 3).

Les CLSC sont confrontés dès la fin des années 1990, dans le contexte budgétaire visant le déficit zéro, à des fusions avec les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les documents de la Fédération des CLSC ne placent plus l'action communautaire comme trait distinctif et la FCLSCQ fusionne avec l'Association des CHSLD pour former l'Association des CLSC et CHSLD du Québec (ACCQ). Les OC ont le sentiment d'être dans « la tourmente », comme l'exprime le thème du colloque du RQIIAC en 1996 : « Virage ambulatoire, économie sociale, parcours d'insertion pour les personnes à l'aide sociale représentent-ils une nouvelle réponse étatique aux besoins réels des personnes ou ne sont-ils que des voies de sorties nées de l'obsession du déficit? » (Plamondon *et al.*, 1997, p. 12). Préoccupé par « l'impact des transformations [...] du réseau sur les pratiques professionnelles en organisation communautaire » (Legros, 1998, p. 5), le RQIIAC interpelle l'ACCQ sans recevoir de réponse.

Au même moment, les organismes communautaires autonomes négocient avec l'État québécois une politique de reconnaissance qui se concrétise en septembre 2001 par la publication de *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Les communautés locales reçoivent aussi de nouvelles ressources de développement avec la mise en

place de centres locaux de développement responsables notamment de soutenir l'économie sociale et la mise en place des centres de la petite enfance.

Ce nouveau contexte institutionnel et communautaire bouscule la définition établie au tournant des années 1990 quant à la définition de l'organisation communautaire en CLSC. Le RQIIAC décide, en 2000, de se doter sur ses propres bases d'un cadre de référence qui prenne en compte l'évolution des pratiques des OC dans un réseau en mutation et des communautés qui doivent définir leur développement. L'assemblée générale de 2002 adopte le *Cadre de référence de l'organisation communautaire en CLSC* publié par la suite aux Presses de l'Université Laval (Lachapelle, 2003). L'organisation communautaire y est définie avant tout comme 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 (*idem*, 2003, p. 16).

Ce cadre de référence est l'expression d'une pratique professionnelle bien campée, ayant la capacité de se définir elle-même, et marque la réussite du RQIIAC. La recherche réalisée par Comeau *et al.* (2008) à la veille de l'intégration des CLSC dans les CSSS conclut que « la création du RQIIAC s'est avérée une stratégie efficace pour le maintien et le développement de l'organisation communautaire dans le réseau public » (Comeau *et al.*, 2008, p. 122).

LA CRÉATION DES CSSS EN 2003 ET LA FORMALISATION DES PRATIQUES

Au tournant des années 2000, le réseau de la santé et des services sociaux intègre, dans la foulée du rapport Rochon (Québec, 1988), l'action sur les déterminants de la santé dans sa politique de santé publique et adopte le virage ambulatoire en pleine période de crise des finances publiques (Jetté, 2008). Au même moment s'amorce, avec la Commission Clair (Québec, 2000), une nouvelle centralisation du réseau au nom des exigences de la nouvelle gestion publique (NGP) (Jetté, 2008). À l'automne 2003, le virage s'accélère. Le projet de loi 25 adopté en décembre abolit les régies régionales, crée les agences de développement des réseaux locaux de services (RLS) et impose la fusion administrative de tous les établissements d'un même territoire dans un seul centre de santé et de services sociaux (CSSS). Sur 95 territoires locaux, les nouveaux établissements ont une responsabilité populationnelle et la mission d'établir et de coordonner un RLS. Près de la moitié des CSSS regroupe plus d'un territoire de CLSC, touchant ainsi à une référence déterminante pour l'organisation communautaire, soit celle du territoire.

Avec cette réforme, la hiérarchisation des services dans le cadre des RLS et la responsabilité populationnelle amènent les directions à être directement sur le terrain pour traiter avec les organismes communautaires. Cela modifie substantiellement le rôle de liaison jusque-là principalement porté par les OC. La responsabilité de santé publique et la livraison de programmes normés et ciblés soulèvent aussi la pertinence de l'organisation communautaire dans les CSSS. La décision du CSSS de la Montagne de transformer les postes d'OC en agents de planification, de programmation et de recherche a créé le « syndrome de Côte-des-Neiges », pour reprendre l'expression d'un OC : il y a dans le système une logique qui amènerait à faire des OC les exécutants de programmes déjà définis, plutôt que les promoteurs d'initiatives innovantes développées par les communautés locales en réponse à leurs besoins.

Or, la définition de la mission des CSSS dans la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux repose sur une vision de la santé qui ouvre largement la porte à la contribution de l'organisation communautaire, puisqu'elle vise «le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie» (LRQ, chapitre S-4.2, art.1). En même temps, l'alourdissement des structures d'encadrement des établissements regroupés et l'influence très marquée de la nouvelle gestion publique créent un contexte institutionnel exigeant pour les OC.

Sur le plan des communautés aussi, les enjeux ont évolué. La culture des milieux est conditionnée par l'individualisme et les organismes communautaires sont aux prises avec de nouveaux défis de cohésion sociale et de participation citoyenne. Les groupes communautaires sont reconnus comme partenaires essentiels de l'action citoyenne, non seulement dans la politique du Québec (Québec, 2001), mais aussi dans les collectivités locales, où l'action intersectorielle appelle à une multiplication et à une certaine dysfonction des concertations dans plusieurs milieux (Bourque, 2008). Ils ont développé significativement leur capacité d'influence, mais ils demeurent confrontés à des facteurs de fragilité. Le financement bien sûr demeure, malgré la contribution de l'État, une préoccupation majeure. La relève militante ou bénévole est tout aussi exigeante dans un contexte où les solidarités traditionnelles – famille, école, paroisse, etc. – ne sont plus évidentes. L'appartenance est aussi bousculée par le métissage des cultures à la suite de l'immigration en milieu urbain et à la mobilité dans les communautés rurales.

Un second enjeu social concerne l'exercice de la démocratie. Le Québec a une longue histoire de démocratie parlementaire et municipale, mais l'affaiblissement des appartenances touche aussi les institutions représentatives. Les citoyens s'identifient moins à des représentants élus

par une collectivité envers laquelle ils n'ont pas de sentiment d'appartenance. Recréant des solidarités de base, les organismes communautaires restaurent des appartenances et demeurent un milieu de démocratie sociale. Mais la participation redevient une préoccupation au moment où les organismes se professionnalisent et où la concertation draine beaucoup d'énergies. Enfin, les enjeux écologiques deviennent de plus en plus urgents, tout en engendrant un sentiment d'impuissance. Il y a là aussi un défi pour les OC de favoriser une intégration des actions autour des grands principes qui sous-tendent les approches intégrées et les planifications qui prennent en compte la capacité des écosystèmes à répondre aux besoins des générations à venir.

Ces nouveaux défis se posent dans un environnement nettement moins favorable que celui des CLSC. D'abord parce que le territoire des CSSS est généralement défini en fonction du bassin de desserte des hôpitaux : la rentabilisation des équipements techniques exige qu'ils desservent des territoires habituellement plus grands que les collectivités d'appartenance qu'étaient devenus les territoires de CLSC. S'ajoute le fait que les CSSS sont, dans bien des cas, le principal acteur économique de leur collectivité. Ils sont à ce titre invités à siéger aux diverses instances de soutien au développement local. Les cadres qui assument ces fonctions ne sont pas toujours au fait de la contribution des OC dans leur communauté, et les mécanismes d'information et surtout de coordination à l'interne des CSSS ne permettent pas toujours d'assurer la cohérence des interventions des uns et des autres dans le milieu.

Le RQIIAC décide donc, à l'automne 2008, d'actualiser son cadre de référence et entreprend un processus de délibération collective menant à la publication, en 2010, d'un document qui prend en compte les importants changements survenus depuis le cadre de référence de 2002. Quant aux principes, la définition de l'organisation communautaire en CSSS réaffirme l'essentiel du cadre de référence de 2002. Mais l'expérience acquise dans plusieurs CSSS permet néanmoins de mieux définir

l'offre de services, qui constitue le cœur de la pratique de l'organisation communautaire en CSSS. Le document de consultation sur la proposition de cadre de référence retient quatre grands axes essentiels pour qu'un CSSS soit reconnu comme offrant des services d'organisation communautaire : le développement local et le développement des communautés, les actions transversales sur les déterminants de la santé, le soutien aux organismes du milieu et le soutien aux programmes de santé publique et aux programmes clientèle du CSSS. Une description sommaire de ces axes et leurs liens avec les quatre approches du modèle québécois en organisation communautaire sont présentés à l'annexe 1.

Le RQIIAC fait aussi partie du nouveau paysage de l'organisation communautaire dans les établissements publics. « Le RQIIAC s'est constitué comme une véritable "communauté de pratiques", c'est-à-dire une collectivité qui interagit, apprend ensemble, construit des relations et développe un sentiment d'appartenance et d'engagement mutuel » (Comeau *et al.*, 2008, p. 156-157). Il a été l'initiateur de réseaux mettant à contribution les nouvelles technologies de l'information et des communications maintenant accessibles dans l'ensemble des établissements. Pour les OC, il constitue une des ressources susceptibles de les soutenir pour faire de la création des CSSS une occasion de renouveler les pratiques plutôt qu'uniquement une contrainte, voire une menace à ces dernières.

LES QUATRE APPROCHES DU MODÈLE QUÉBÉCOIS

Une approche, c'est une manière d'envisager une situation problème ou un mandat et l'intervention appropriée. Elle fournit un outil d'analyse et de planification de l'action permettant de composer adéquatement avec les dynamiques présentes dans le milieu et de situer l'intervention dans un cadre stratégique. Les approches en organisation

communautaire ont longtemps été définies selon la typologie de Rothman : *planning social*, *développement local* et *action sociale* (Doucet et Favreau, 1991), qui a fourni à l'organisation communautaire québécoise un modèle descriptif plutôt que normatif. Depuis 2007, des auteurs québécois (Bourque *et al.*, 2007) ont proposé quatre approches : *action sociale* ou *sociopolitique*, *développement local* des communautés, *approche socio-institutionnelle* et *approche sociocommunautaire* (voir annexe 2). Cette typologie cherche à mieux rendre compte de l'évolution des pratiques d'organisation communautaire au Québec depuis les années 1970, autant dans le secteur public que dans le mouvement communautaire et associatif. Ces quatre approches types ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent s'entrecroiser sur le terrain sous forme d'approches multimodales en fonction de facteurs comme l'échelonnement dans le temps d'une intervention communautaire, le contexte conjoncturel entourant cette intervention et les valeurs des intervenants impliqués.

L'action sociale ou approche sociopolitique est une approche de défense, de promotion et d'institutionnalisation des droits sociaux, en particulier avec les groupes marginalisés. Elle mise sur la revendication et les pressions en opposition au pouvoir dominant. Postulant l'existence d'intérêts divergents, elle utilise le conflit social pour promouvoir les intérêts de communautés ou de groupes défavorisés et pour la conquête des droits et le changement social. En action sociale, l'organisation communautaire s'investit dans la mobilisation, la structuration de contre-pouvoirs, l'éducation populaire et le développement d'une conscience critique par l'analyse sociopolitique.

Le développement local des communautés vise l'identification par la population locale et les acteurs sociaux des problèmes et enjeux prioritaires des communautés et la réalisation d'initiatives visant à agir sur ces situations qui touchent généralement la dévitalisation socioéconomique et la détérioration des conditions de vie. Elle favorise la concertation des acteurs locaux et la

participation citoyenne dans le cadre de projets réalisés en mode de coopération et de négociation autour d'enjeux souvent conflictuels à traiter en fonction de l'intérêt général. L'approche du développement local veut renforcer l'autonomie et la capacité d'initiative des communautés, particulièrement au profit des populations appauvries, dans un processus d'appropriation du développement à l'échelle du territoire, où la contribution des politiques et pouvoirs publics est négociée et intégrée. L'organisation communautaire y exerce des rôles d'analyse du milieu, de liaison, de formation et de soutien à la négociation et à la gestion des conflits.

L'approche socio-institutionnelle cherche à arrimer les programmes et services publics avec les personnes et communautés concernées afin de mettre celles-ci au centre des décisions et de l'action publiques. Contrairement au planning social, l'approche socio-institutionnelle place la participation significative au cœur de ses préoccupations. Dans le cadre de services et de programmes promus par des experts, l'organisation communautaire soutient l'implication des communautés pour qu'elles soient associées aux choix stratégiques qui les concernent. Elle organise et soutient la participation en favorisant l'appropriation des savoirs experts et l'expression des points de vue et des intérêts citoyens, ainsi que ceux des acteurs sociaux. L'approche socio-institutionnelle participative a comme finalité le développement de la capacité d'agir des collectivités et des communautés dans le domaine touché par les programmes et services institutionnels. Elle renvoie à une conception où les personnes et les collectivités concernées deviennent davantage sujets des programmes et moins objets de ces derniers. Elle cherche la reconnaissance de l'expertise citoyenne et communautaire et sa mise à contribution dans l'élaboration et la mise en œuvre de meilleurs programmes et services publics.

L'approche sociocommunautaire vise à contrer la fragilisation des liens sociaux, les trajectoires d'exclusion et la dilution des solidarités. Elle se propose de redon-

ner aux personnes du contrôle sur leur environnement et repose sur la continuité d'intervention, depuis le renforcement des compétences personnelles jusqu'à l'exercice de la citoyenneté dans le cadre de services de proximité et de réseaux d'appartenance. L'organisation communautaire y soutient le développement de services et d'activités d'entraide, renforce les savoir-faire individuels et collectifs et encourage la prise de parole citoyenne.

Dans les CSSS du Québec, on trouve des pratiques qui correspondent à toutes ces approches. La recherche de Comeau *et al.* (2008) a montré que les modèles dominants sont différents d'une époque à l'autre, passant d'une prédominance de l'action sociale dans les années 1970 à celle du développement local et développement des communautés durant les années 1980 et 1990. La place croissante des programmes de santé publique au tournant des années 2000 donne de l'importance aux approches socio-institutionnelle et sociocommunautaire.

Cette troisième et dernière phase de l'itinéraire de l'organisation communautaire dans le réseau de la santé et des services sociaux est marquée par les phénomènes suivants :

- la proposition d'une reconceptualisation des approches et de la typologie en organisation communautaire tenant davantage compte de l'évolution des pratiques et du contexte québécois (Bourque *et al.*, 2007);
- la production d'une définition et d'un cadre de référence de la pratique d'organisation communautaire issus principalement des milieux de la pratique, en alliance avec celui de l'enseignement et de la recherche universitaires (Lachapelle, 2003);
- la mise à jour de ce cadre de référence par le RQIIAC afin de repositionner l'organisation communautaire dans le nouveau contexte institutionnel des CSSS et de mieux définir l'offre de services qui constitue le cœur de la pratique de l'organisation communautaire en CSSS.

CONCLUSION

L'organisation communautaire du secteur public au Québec a connu une trajectoire largement tributaire de son insertion institutionnelle, de l'évolution des mouvements sociaux et des communautés, ainsi que de l'évolution des politiques publiques. Dans sa première phase, elle était surtout définie par des courants idéologiques et politiques (courants militant et technocratique) avant de constituer graduellement son propre corpus de connaissances, ses approches et ses méthodes d'intervention, ainsi qu'une identité et une éthique partagées. Elle a développé une expertise qui allie un savoir pratique des organisations et des territoires, à des interventions fondées sur des compétences stratégiques. Cette expertise et ces compétences s'inscrivent dans une finalité, des valeurs et des principes directeurs que l'on peut résumer ainsi :

- Collectiviser les problèmes et les enjeux sociaux et de santé avec une nécessaire appropriation par les personnes et les collectivités concernées pour en faire des sujets et des acteurs du changement, et non de simples objets de l'intervention publique ou privée.
- Développer des organisations démocratiques et autonomes de la société civile basées sur la participation citoyenne et porteuses de demandes de transformations sociales, voire d'un projet de société alternatif, ayant une fonction sociopolitique de contre-pouvoir indispensable à la démocratie et à la justice sociale.
- Développer le potentiel d'action collective et d'innovation des communautés (d'identité, d'intérêts ou territoriales) en misant sur leurs forces, compétences et solidarité en tant qu'acteur collectif toujours traversé par des conflits, des rapports de force et des intérêts spécifiques. Favoriser et soutenir la mise en place de réponses adaptées aux besoins des communautés sous forme de nouveaux outils collectifs, services de proximité, projets de développement durable, etc.

Ces réponses appellent une **coconstruction** (citoyens, organismes communautaires, institutions, pouvoirs publics, etc.) qui nécessite une transformation de l'action étatique et institutionnelle plutôt qu'une instrumentalisation des communautés dans les rouages de la planification et de la gestion technocratiques.

- Dépasser la gestion des conséquences des problèmes collectifs pour agir sur leurs causes structurelles, dont les déterminants sociaux de la santé, en développant le pouvoir d'agir local et global des collectivités (Deslauriers, 2007), leur mise en réseau ainsi que leur capacité d'action politique.

Il existe des facteurs de deux ordres qui questionnent le devenir de l'organisation communautaire en CSSS, comme dans toute autre institution publique : les conditions organisationnelles et les déterminants sociopolitiques de la pratique. Parmi les conditions organisationnelles qui ont une influence sur la pratique, il faut noter la transformation du réseau sociosanitaire et l'intégration des CLSC dans les CSSS qui menacent de fragiliser l'organisation communautaire, et même le travail social, dans ces nouveaux méga-établissements issus de la nouvelle gestion publique (NGP) et très sensibles au modèle médical.

Parmi les déterminants sociopolitiques influençant le devenir de la pratique, soulignons la transformation du rôle de l'État, qui passe par une redéfinition des rapports entre les services publics, le mouvement communautaire et le secteur privé, redéfinition qui s'opère au creuset de la déconcentration et de la territorialisation vers le palier local. Cette déconcentration vers les collectivités locales soulève des défis de démocratisation sociale, mais comporte à court terme une tendance à intégrer le mouvement communautaire et l'organisation communautaire à une nouvelle gestion technocratique des politiques et des programmes publics. D'un point de vue d'organisation communautaire, ces contraintes soulèvent des questions stratégiques. Est-il encore réaliste de considérer que la participation citoyenne est une avenue privilégiée de

santé et de bien-être communautaire? Si oui, quelles sont les occasions à saisir pour concrétiser des processus de santé publique et de développement des communautés qui favorisent l'action citoyenne dans des espaces locaux? Comment en faire des lieux de définition et d'action sur les problèmes et les enjeux sociaux? Cette demande sociale cohabite avec la tendance lourde que représentent les conditions organisationnelles et les déterminants socio-politiques de la pratique, dont l'analyse détaillée mérite d'y consacrer le prochain chapitre.



Transformations institutionnelles et organisation communautaire

Les politiques du gouvernement du Québec figurent en tête de liste des déterminants sociopolitiques de la pratique d'organisation communautaire. Nous examinerons les plus importantes du point de vue de l'organisation communautaire professionnelle, ainsi que les conditions organisationnelles qu'elles induisent et qui comportent des contraintes lourdes, mais aussi des occasions réelles ou potentielles sur lesquelles il est possible de capitaliser.

RÉFORME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La réforme Couillard du système de santé et de services sociaux amorcée en 2003 avec le projet de loi 25 (*Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*) est l'aboutissement d'un processus amorcé sous les gouvernements antérieurs. Les ministres Rochon (1994-1998) et Marois (1998-2001), pour répondre aux contraintes budgétaires de l'État, mais aussi à l'influence de la nouvelle gestion publique (NGP), tournent graduellement le dos au principe du « citoyen au cœur de la réforme » de Marc-Yvan Côté (Québec, 1990), qui avait réalisé « une première décentralisation et [créé] les Régions régionales de santé dans lesquelles les citoyens et les salariés auraient voix au chapitre » (Larose, 2002, p. 4). Le Québec n'échappe pas à l'hégémonie de la gestion depuis que le néolibéralisme est devenu un postulat pour l'action des États.

La nouvelle gestion publique (NGP) selon Larivière (2005)

La NGP fait la promotion d'une conception des services publics où les différences avec le secteur privé sont gommées au plan de la gestion et de la production des services, ainsi que des rapports avec les usagers considérés comme des clients, ou avec les partenaires autonomes vus comme des sous-traitants. Larivière (2005, inspiré de Giauque, 2004) recense les principales caractéristiques de la NGP :

- 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 avec le client et les communautés mais parallèlement, on observe une réduction de la participation citoyenne;
- la NGP favorise une utilisation accrue des technologies de l'information (notamment pour un monitoring des clientèles, des processus et des résultats).

La NGP vise fondamentalement à restreindre le rôle de l'État et à utiliser différemment ses ressources en contrôlant mieux leur usage dans un contexte où leur disponibilité est restreinte par des gouvernements peu enclins à investir dans les politiques sociales (Larivière, 2005).

Au moins deux points de repère majeurs aident à comprendre l'orientation de la réforme Couillard : le rapport Clair (2000) et le projet de loi sur la Gouverne (2002).

Le rapport Clair

La commission Clair (Québec, 2000) proposa en 2000 le regroupement sous un seul conseil d'administration des établissements publics de première ligne (y compris l'hôpital local ayant un nombre de lits limité) d'un même territoire, qui correspondait généralement au territoire d'un CLSC. Les CLSC jouaient donc un rôle central dans cette instance locale, qui devait être responsable de l'intégration et de la continuité des services sur son territoire. Le rapport

Clair comporte la proposition 21 voulant que «les régies régionales amorcent et supervisent la création de réseaux de services intégrés et en confient la responsabilité aux CLSC» (*idem*, p. 69). Ce rapport comporte aussi la proposition 12, qui se lit ainsi : «Que le CLSC ait la responsabilité de coordonner les ressources de la communauté requises pour répondre aux besoins de sa population» (*idem*, p. 50). Le terme «coordonner» est assez différent du «soutenir» utilisé jusqu'à ce moment. Le choix de ce terme peut être lourd de conséquences quant aux rapports entre les CLSC et les organismes communautaires, particulièrement dans le cadre où le même rapport, toujours à la page 50, stipule que le CLSC est imputable des ententes de service à établir avec les organismes communautaires.

Projet de loi sur la Gouverne

Plusieurs CLSC de l'époque avaient émis des réserves quant aux ententes de service et à la relation de bailleur de fonds avec les organismes communautaires. Ainsi, dans la région des Laurentides, la régie régionale avait déjà annoncé en 1999 son intention de déléguer aux CLSC des fonctions de financement et de coordination du communautaire dans son plan triennal appelé Mission 2002, (RRSSSL, 1999). La majorité des CLSC de cette région s'y était opposé et il aura fallu plus de pouvoir à la régie régionale pour que cette dernière revienne à la charge en 2002, à la faveur du projet de loi sur la Gouverne, adopté sous un gouvernement du Parti québécois (Québec, 2001b). Ce projet de loi modifia la Loi sur les services de santé et les services sociaux de manière importante à trois niveaux. Premièrement, les régies régionales se virent confier de nouveaux pouvoirs de surveillance et d'enquête envers les CLSC, y compris le pouvoir d'exiger un plan d'action lorsque la gestion d'un établissement est jugée inadéquate (articles 414 et 415). La ligne d'autorité entre le MSSS, les régies régionales et les CLSC s'en est trouvée nettement

renforcée. Deuxièmement, ce projet de loi a mis en application deux autres recommandations du rapport Clair, dont une pour favoriser le regroupement des établissements sur un même territoire, et l'autre quant à la composition des conseils d'administration des régies régionales, qui ont vu le nombre de leurs membres diminuer de moitié. Les représentants du communautaire y sont passés de quatre à un. Qui plus est, cet unique représentant n'était plus élu par les organismes communautaires, mais nommé par le ministre. Les organismes communautaires perdaient de la sorte le statut de partenaire majeur dans la planification régionale des services sociosanitaires. Il s'agit peut-être du point tournant sur le plan législatif par rapport au paradigme de la participation et de la décentralisation qui était dominant depuis le début des années 1990 avec la réforme Côté (Québec, 1990).

Les projets de loi 25 et 83

En décembre 2003, le nouveau gouvernement libéral fait adopter à toute vapeur le projet de loi 25 ou *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (Québec, 2003). 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 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 les agences régionales sous supervision du MSSS, accompagnées d'indicateurs quantitatifs de résultats et de pénalités financières en cas de non-respect.

Le projet de loi 25 représente à la fois une continuité et une rupture avec les orientations gouvernementales précédentes. Continuité, car elle crée les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) sous la gouverne d'une nouvelle instance locale, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) issus de la fusion de tous les établissements d'un territoire donné. Continuité également car le projet de loi 25 fait de ce nouvel établissement public de première ligne une instance locale de coordination des services en lui attribuant une responsabilité et une imputabilité nouvelle sur des questions comme les réseaux intégrés de services (santé mentale, personnes âgées, jeunesse, etc.), le plan d'action local de santé publique, etc. Le projet de loi 25 précise à ses articles 27 et 28 :

On doit retrouver également dans chacun de ces réseaux les activités et les services d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées de son territoire. La coordination des activités et des services qui se retrouvent dans chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est assurée par l'instance locale, par le biais d'ententes ou d'autres modalités.

La mission CLSC continue d'exister au sein des CSSS, mais la rupture réside dans le fait qu'il n'y a plus de conseil d'administration ni de budget spécifique à cette mission. Il s'agit d'un net recul sur le plan du contrôle démocratique des services sociaux et de santé. De plus, là où il y a également rupture avec les orientations précédentes, c'est sur la question de la composition institutionnelle des CSSS et sur les territoires de ces instances « locales ». Depuis de nombreuses années, des établissements issus de la fusion de CLSC, CHSLD et d'un centre hospitalier (CH) avaient été créés dans certains territoires du Québec avec des résultats variables. Il s'agissait des centres de santé qui étaient généralement organisés sur la base d'un territoire de CLSC avec un petit hôpital local. Avec la réforme Couillard, il s'agit maintenant de réseaux « locaux » impliquant des hôpitaux de soins généraux et spécialisés, comportant des centaines de lits, avec un ou plusieurs CLSC dont le budget et le nombre d'employés représentent une fraction de ceux des

hôpitaux en question. Le territoire du réseau « local » tend à correspondre maintenant au bassin de desserte de l'hôpital, qui peut regrouper le territoire d'un ou plusieurs CLSC selon le cas. Comme il y a maintenant 95 CSSS au Québec comparativement à 145 CLSC ou centres de santé auparavant, on peut constater que plusieurs de ces nouveaux territoires sont plus sous-régionaux que locaux. Dans plusieurs cas, ils ont été imposés par les agences régionales de la santé et des services sociaux contre la volonté des établissements, du personnel et des populations concernés (Bourque, 2009).

La question du territoire

Qu'est-ce qui pose problème avec les bassins de desserte des hôpitaux sous-régionaux comme base d'organisation locale des réseaux de services? Tout simplement le fait que ces territoires ne sont pas significatifs d'un point de vue social et communautaire. Les partenaires que les réseaux « locaux » doivent mobiliser (institutions locales, organismes communautaires, etc.) ne se reconnaissent pas dans ces bassins de desserte qui sont des territoires administratifs. Ces partenaires existent en fonction d'une autre réalité, soit celle d'un territoire vécu, en général celui d'un CLSC qui correspond à un quartier, une municipalité ou une municipalité régionale de comté (MRC) selon le cas. La différence entre les deux est déterminante. Sur un territoire vécu, les partenaires se sentent concernés par des problèmes communs et ils ont développé des rapports de proximité et de collaboration entre eux. À l'inverse, les territoires administratifs se caractérisent par le fait qu'ils regroupent des communautés hétérogènes qui n'évoluent pas dans le même environnement socioéconomique et culturel, et où les acteurs sociaux ne sont pas confrontés aux mêmes problèmes. La participation des acteurs dans un tel contexte est compromise, et l'intervention communautaire risque l'échec. En effet, un des moteurs principaux de la mobilisation des communautés

est le sentiment d'appartenance. Les OC déplorent que plusieurs CSSS soient installés sur des territoires qui leur font perdre le rapport de proximité qui caractérisait les CLSC, et que leurs tâches comportent moins de temps pour être à l'écoute du milieu, en prendre le pouls et identifier les attentes. Ils estiment devoir se donner les moyens de garder le contact avec la population.

La création des CSSS vient donc consacrer la suprématie des territoires administratifs sur les territoires d'appartenance dans la logique gestionnaire et administrative, rendant d'autant plus complexes pour les organisateurs communautaires et les acteurs sociaux concernés les difficiles questions d'intersectorialité. Cela consacre également l'absence de cohérence et de vision au niveau du gouvernement du Québec de la question du développement du territoire, puisque le découpage territorial local varie d'un ministère à l'autre, freinant ainsi les initiatives et les avancées de développement intégré sur une base territoriale, voire de développement durable.

Mission hospitalière

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 préféreraient les cliniques privées, a affaibli les CLSC et a 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 du secteur privé. La définition de leurs services relève davantage de la mission hospitalière, où les spé-

cialités médicales pèsent 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 médicale et curative de la santé.

La réforme Couillard confie donc le mandat stratégique de développer des réseaux locaux de services à une nouvelle instance dont les hôpitaux seront les pièces maîtresses, puisque 78 CSSS en comportent un, et cela sur des territoires souvent contre-productifs. C'est au moins à ces deux niveaux que cette réforme constitue une erreur. La réforme Couillard s'inscrit dans un mouvement de recentralisation marqué par une volonté de déconcentrer et non plus de décentraliser la gestion des politiques et des programmes publics au Québec (Vaillancourt et Jetté, 2009). Le discours de la réforme, ainsi que certaines de ses dispositions opérationnelles, valorisent toujours la participation et la concertation, « mais les changements de structures effectués s'inspirent d'une vision autoritaire et hiérarchique de la nouvelle gestion publique » (*idem*, p. 49).

LOGIQUE GESTIONNAIRE ET CONCERTATION

La création des CSSS matérialise plusieurs propositions qui, selon Merrien (1999, p. 99), caractérisent la NGP : distinction des rôles entre pouvoirs politiques à qui il revient de fixer les grands objectifs à atteindre et les institutions (ou autres dispensateurs privés ou communautaires) responsables des services au moindre coût ; établissement de procédures contractuelles ; reddition de comptes face à des

ententes de gestion ou de services établissant quantitativement les cibles de services à livrer et souvent les modalités de la dispensation des services; transformation des usagers en clients assimilés à des consommateurs individuels. Mélanie Bourque (2007) démontre que l'application des principes du nouveau management public au système de santé du Québec s'est principalement faite dans le but de contourner des contraintes, dont celles de l'universalité et du financement public. La NGP postule que les problèmes dans la dispensation des services collectifs proviennent d'une carence dans leur planification ou 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 définis comme clients, et non pas acteurs ni sujets de la définition de ces services.

Il en va de même pour les collectivités, car la mobilisation des communautés par thème ou par programme au moyen de la concertation est devenue une stratégie en plein essor sur le plan des politiques et programmes publics, ainsi que sur le plan de certaines initiatives privées. Tout en demeurant une innovation contributive à la transformation en réponses collectives des problèmes des communautés d'identité, d'intérêt ou géographiques, la concertation est victime de son succès car, sur le terrain, les instances ou démarches de concertation se multiplient à la faveur de la multiplication des politiques et des programmes qui appellent à la mobilisation des communautés, ce qui représente dans plusieurs milieux une forme d'hyperconcertation.

L'hyperconcertation selon Bourque (2008)

Principales causes et conséquences de l'hyperconcertation : multiplication des instances de concertation par sédimentation ; détournement des priorités d'instances existantes au profit d'un ordre du jour extérieur qui s'impose par son poids politique ou ses ressources financières (malgré les bonnes

intentions des promoteurs); absence ou carence de coordination et d'intégration sur une base territoriale des initiatives de concertation; sursollicitation des acteurs qui sont souvent les mêmes dans toutes ces démarches; manque de prégnance de la participation citoyenne; manque de ressources financières et de compétences professionnelles pour le soutien à la réalisation et la pérennisation des initiatives concertées (Bourque, 2008, p. 76).

Les bailleurs de fonds et les pouvoirs publics reconnaissent la valeur de la concertation, mais ont tendance à l'instrumentaliser au service de leur mission sectorielle, tout en démontrant une absence de cohésion ou de vision d'ensemble et en refusant d'en assumer adéquatement les coûts. La concertation gagne en fait à être un processus «négogène¹», c'est-à-dire en partie exogène parce qu'influencé par les programmes et le financement en provenance des appareils de planification, et en partie endogène parce que reposant sur la participation et l'appropriation des acteurs. Ce modèle «négogène» donne prise aux acteurs et aux communautés sur le sens et la finalité de l'action, tout en s'inscrivant dans des politiques et des programmes qui lui sont indispensables. Il faut également que ces pratiques de concertation mettent l'accent sur la participation citoyenne, deviennent plus efficaces par la compétence accrue des intervenants, puissent compter sur des ressources et un soutien suffisants, et trouvent des modèles performants de coordination et de régulation territoriale qui appellent à une nouvelle gouvernance partagée et une forme d'institutionnalisation qui en assurerait la pérennité.

La réponse aux besoins de développement concerté des communautés ne passe pas par l'ajout de structures, mais par une recomposition de celles existantes et un renouvellement des pratiques de concertation. Les acteurs sociaux sont appelés à se donner un projet commun en cohésion avec leurs missions respectives, tout en repoussant les frontières des missions sectorielles dans la

recherche de l'intérêt général. Cela ne peut être produit par l'agrégation des intérêts collectifs, mais doit passer par un processus de conciliation basée sur la démocratie délibérative (Lévesque, 2007). Le défi est de réaliser sur une base territoriale la concertation efficiente des concertations existantes.

Les CSSS s'inscrivent dans ce courant de recours à la concertation et à la mobilisation sociale des communautés pour actualiser des politiques publiques. Chacun des CSSS doit non seulement mettre sur pied et coordonner le réseau local de services, mais aussi 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 neuf programmes cadres du MSSS, le tout sans argent neuf. Le projet de 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 doit se faire dans le respect de l'autonomie des organismes communautaires (*idem*, p. 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 » (*idem*, p. 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 sur le contact humain (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. Vaillancourt et Jetté (2009) estiment que la réforme Couillard a pour effet de rendre non pas impossible, mais plus difficile l'instauration de relations de coconstruction entre le réseau public et les organismes communautaires. Une des conditions qu'ils identifient est le renforcement de la concertation, de la cohésion et de la solidarité entre les organismes communautaires. Cette analyse rejoint celle que nous avons faite en regard des ententes de services dans le *Programme de soutien aux jeunes parents* (D. Bourque, 2007) et interpelle la pratique des OC dans leur capacité à favoriser et à soutenir cette concertation entre organismes communautaires.

La plupart des CSSS se sont engagés dans la réalisation des projets cliniques en mettant sur pied de nouvelles instances de concertation intersectorielle, du moins pour la phase d'élaboration de ces projets. L'arrimage avec les instances de concertation en place, et même avec leurs propres organisateurs communautaires, n'a pas été assuré par tous les CSSS dans cette phase d'élaboration des projets cliniques. Une recherche sur l'implication de corporations de développement communautaire dans des projets cliniques de CSSS (Ellyson et Bourque, 2007) indique qu'il se dégage au moins deux tendances chez les CSSS dans la phase d'élaboration des projets cliniques. Une première qualifiée d'administrative et de relations publiques s'incarne dans des pratiques qui consistent à faire du projet clinique une politique ou une procédure

institutionnelle qui fera l'objet de consultations formelles une fois élaborée à l'interne (ou même confiée à un consultant). Une seconde tendance dite participative se caractérise par un investissement du CSSS dans un processus de concertation plus ou moins participatif vu comme une occasion de développement autour d'enjeux non seulement institutionnels, mais aussi locaux et communautaires, selon la culture partenariale déjà présente au CSSS et dans son milieu. Des tendances similaires avaient été identifiées concernant des pratiques d'ententes de services entre CLSC et organismes communautaires (D. Bourque, 2007) : la tendance administration et la tendance concertation allant jusqu'à la coconstruction pour réaliser des objectifs convenus entre les acteurs et qui contribuent au développement des communautés. Reste à savoir quelles tendances seront présentes dans la phase de mise en œuvre des projets cliniques, puisque aucune recherche n'a encore examiné cette réalité.

LOGIQUE MÉDICALE ET SANTÉ PUBLIQUE

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 (MSSS, 2003). 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 comporte une dimension prescriptive envers les CSSS. Ceux-ci doivent appliquer des programmes de santé publique qui visent des problèmes et des clientèles dites vulnérables (enfants, jeunes parents, etc.) aux prises avec des enjeux sociaux comme la pauvreté, la faim, la violence conjugale, les problèmes d'adaptation sociale, etc. Ces programmes de santé publique sont généralement des programmes créés par des experts 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 organisateurs communautaires. Ces programmes de santé publique se basent sur le courant des meilleures pratiques (*best practices*), qui s'inscrit bien dans le mouvement plus général de la NGP et répond aux attentes de standardisation des pratiques du MSSS, qui « vise l'alignement des pratiques avec des normes et des standards reconnus et applicables aux contextes locaux. [...] [et] des protocoles [...] fondés sur les données probantes ou les meilleures pratiques selon les consensus d'experts » (MSSS, 2004b, p. 25).

Les limites du modèle des « meilleures pratiques » selon Lecomte (2003)

Lecomte (2003) relève les principales critiques formulées à l'endroit du modèle des meilleures pratiques basées sur des données probantes :

1. 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. Il sous-estime ou ignore les spécificités culturelles des personnes ou des collectivités et comporte le danger de véhiculer un monopole culturel car la majorité des projets d'intervention évalués sont américains.

3. Il secondarise le jugement des intervenants en imposant des pratiques qui évacuent la nécessaire prise en considération de toutes les conséquences d'une intervention avant de l'appliquer au détriment de la relation entre le professionnel et l'usager, individuellement ou en groupe.
4. Ces pratiques sont basées sur des recherches dont la validité est certes démontrée, mais dont la généralisation des résultats n'est pas assurée compte tenu de la diversité des contextes aux plans culturel, socioéconomique, organisationnel et politique.

Ces programmes de santé publique 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 structurelle des problèmes visés, ainsi que la capacité des personnes et des 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, p. 89).

Les CSSS doivent aussi mettre en place les structures de concertation prévues par les programmes de santé publique. À ce chapitre, les initiatives plus ou moins heureuses sont nombreuses en provenance des directions régionales de santé publique. Prenons par exemple les plans d'action locaux de santé publique dans lesquels les CSSS doivent développer des concertations intersector-

rielles pour mobiliser toute la communauté dans l'action. Il y a aussi des programmes comme celui des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), qui comporte une composante Création d'environnements favorables, qui consiste à élaborer et à mettre en œuvre, avec l'ensemble des partenaires concernés, un plan d'action local pour améliorer les conditions de l'environnement social des familles visées. Mentionnons également l'approche Écoles en santé, qui prévoit que les CSSS développent, en partenariat avec les commissions scolaires, les écoles primaires et les organismes de la communauté, un plan d'action concerté pour la prévention et la promotion de la santé des jeunes dans les écoles, conformément à l'Entente MSSS-MELS (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport). Ce qui est proposé à ces acteurs, c'est une démarche intersectorielle mettant en œuvre les étapes de l'intervention communautaire : identification de la situation, établissement d'un plan d'action et mise en œuvre en intégrant les actions d'École en santé dans l'élaboration ou la révision du projet éducatif et du plan de réussite de l'école. D'autres programmes en sécurité alimentaire, prévention des toxicomanies, etc., en appellent aussi à la concertation locale intersectorielle sous la responsabilité des CSSS.

Les directions de santé publique régionales (DSP) continuent à privilégier la concertation intersectorielle thématique dans plusieurs de leurs programmes, mais y attachent de plus en plus des attentes de résultats basés sur des données probantes qui sont autant de pressions sur un processus qui s'en accommode mal. Les DSP sont elles-mêmes liées par des ententes de gestion avec le MSSS, qui comportent une reddition de comptes serrée. Les DSP exigent en retour une reddition de comptes de la part des CSSS et des organismes communautaires impliqués dans ces programmes de santé publique. Certaines DSP demandent maintenant aux organismes communautaires de faire leur reddition de comptes directement auprès du CSSS, plaçant ce dernier en position hiérarchique envers ses partenaires du réseau local de services.

LOGIQUE GESTIONNAIRE, LOGIQUE MÉDICALE ET DE SANTÉ PUBLIQUE : IMPACT SUR L'INTERVENTION SOCIALE

La transformation du réseau public de services sociaux met en présence au moins trois logiques (Bourque, 2009). 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 programmes comportant des ententes contractuelles contraignantes. Il s'agit de produire des services collectifs sous l'égide d'outils de contrôle des interventions rationalisées à la lumière des données probantes et des meilleures pratiques.

En second lieu, les logiques médicale et de santé publique imposent, dans le premier cas, l'omniprésence de la mission hospitalière et curative aux CSSS et, dans le second cas, une médicalisation de problèmes et phénomènes sociaux menant à une approche épidémiologique et à une intervention programmée, axée sur les comportements et les habitudes de vie (Parazelli *et al.*, 2003). Dans la logique de santé publique cohabite cependant un courant d'*empowerment* des communautés et d'action sur les déterminants sociaux de la santé que nous examinons plus loin.

Enfin, la logique d'intervention sociale collective demeure présente mais, selon Larivière (2005, p. 13), soumise à la nouvelle gestion publique, qui constitue une menace sérieuse pour toutes les formes d'intervention sociale.

La logique gestionnaire accorde une importance majeure aux résultats, en particulier financiers, et la logique médicale priorise le rôle stratégique des experts et des données probantes dans l'atteinte de ces résultats prédéterminés. La logique d'intervention sociale, particulièrement en organisation communautaire, quant à elle, accorde une importance primordiale au processus et à la relation entre intervenants et 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, ainsi que les actions pour y arriver, sont déterminés par les groupes ou les acteurs concernés avec le soutien de l'intervenant. La présence soutenue dans le temps et l'adaptation constante de l'intervention sont des facteurs valorisés dans la logique de l'intervention communautaire, 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 OC. L'organisation communautaire est en contradiction avec les pratiques d'instrumentalisation 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.

Le rôle et la fonction des organisateurs communautaires ne sont pas de planifier ou de programmer l'intervention publique (ou privée avec la Fondation Chagnon), mais d'accompagner sur le terrain 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 coconstruites 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 mobilisation et de

développement 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 OC ont la possibilité et la responsabilité de faire valoir.

SYNTHÈSE DES CONTRAINTES ET TENDANCES LOURDES

Les politiques progressistes des années 1980 et 1990, qui ont misé sur la participation des communautés et favorisé la prise en charge des collectivités par elles-mêmes, ne sont plus à l'ordre du jour des gouvernements (Vaillancourt et Jetté, 2009). Elles apparaissent maintenant comme des acquis sectoriels inscrits dans un projet gestionnaire plutôt que social, soutenu par des gouvernements conservateurs peu favorables aux initiatives citoyennes. La tendance est à la centralisation. Au Québec, le gouvernement a fait le choix de remplacer les conseils régionaux de développement par les conférences régionales des élus et installé en lieu et place des régies régionales qui relevaient d'un conseil d'administration élu, des agences de la santé et

des services sociaux qui sont des instances ministérielles déconcentrées en région. La participation citoyenne s'en est trouvée du coup réduite à la cooptation selon le bon vouloir des élus, et plutôt reléguée à des comités d'usagers, en net recul par rapport au discours de la NGP et au pouvoir des experts désignés par l'État. Les citoyens-utilisateurs sont ramenés aux rôles et statut de clients. La création des CSSS peut donc être analysée comme un accélérateur d'une transformation majeure du réseau public portée par la NGP : de la participation citoyenne dans la gestion des services collectifs à l'intégration des services institutionnels et communautaires dispensés à des clients.

Du côté fédéral, le gouvernement a resserré le contrôle ministériel sur le Programme de développement des collectivités géré par Développement économique Canada : le message est clair, on ne croit plus à Ottawa à la prise en charge des collectivités par elles-mêmes. Au terme de deux décennies d'influences néolibérales, la société civile québécoise voit ses contributions réduites à la coproduction de services sur un marché favorisant nettement l'entreprise privée et dans lequel elle remplit une fonction strictement complémentaire en termes de services de proximité.

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

UNE CONCEPTION DE LA SANTÉ QUI DONNE DES PRISES À L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Le relevé des déterminants sociopolitiques et institutionnels met en relief des contraintes lourdes qui hypothèquent la pratique d'organisation communautaire en CSSS. Mais il

existe aussi des occasions réelles sur lesquelles il est possible de capitaliser dans le cadre des pratiques réflexives des OC et du RQIIAC. Mentionnons en premier lieu la définition même de l'organisation communautaire par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2004, dans son document cadre intitulé *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Pour le MSSS, l'organisation communautaire fait partie des interventions du CSSS dans son milieu et se déploie aussi en réponse aux demandes du milieu.

L'intervention communautaire selon le MSSS

L'intervention communautaire s'adresse à des collectivités. Elle s'appuie sur une connaissance globale des paramètres sociaux, culturels, économiques et démographiques d'une communauté. Elle permet d'une part de repérer et d'analyser les problématiques de santé et de bien-être qui y sont présentes pour orienter les services offerts par le CSSS et d'autre part d'organiser en collaboration avec les acteurs présents les actions de prise en charge de ces problématiques. L'intervention communautaire fait une place prépondérante aux interventions qui portent sur les déterminants sociaux de la santé (inégalité des revenus, exclusion sociale, conditions de travail, éducation, etc.). [...]

L'intervention communautaire devrait généralement faire partie d'une action planifiée du CSSS et être instaurée par cette dernière. L'intervention communautaire peut aussi être amorcée à partir d'un besoin observé ou d'une demande formulée par un individu ou un groupe d'individus, un organisme ou un regroupement d'organismes communautaires ou, encore, par une organisation ou un organisme responsable d'une démarche de concertation (MSSS, 2004, p. 83).

Ce type de définition est loin de celle des agents de planification, de programmation et de recherche par lesquels certains CSSS ont choisi de remplacer leurs OC.

**Définition du titre d'emploi
« Agent de planification,
de programmation et de recherche »**

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 ou de services. Elle peut participer aux différentes activités d'enseignement et de formation (APTSQ, 2008).

Plus globalement, la création des CSSS comporte une mission d'amélioration de la santé de la population, ce qui implique le recours à des moyens qui vont bien au-delà de la dispensation des soins de santé. Cette mission fait appel à au moins quatre ordres de moyens qui interpellent l'organisation communautaire :

- offrir des services selon une approche et avec une responsabilité populationnelle partagée ;
- accroître la prévention et la promotion de la santé ;
- agir sur les déterminants sociaux de la santé ;
- soutenir le développement des communautés.

**Offrir des services selon une approche
et avec une responsabilité populationnelle partagée**

La mission des CSSS s'articule autour des approches par programme, communautaire et populationnelle visant à actualiser la responsabilité populationnelle qui consiste à passer d'une logique de services à des groupes-cibles, à une logique de programmes intégrés s'adressant à l'ensemble de

la population (MSSS, 2004). La combinaison des approches populationnelle et communautaire doit assurer la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle.

Approche communautaire, approche populationnelle et responsabilité populationnelle selon le MSSS

L'**approche communautaire*** implique l'organisation des composantes du système autour des soins primaires et des partenariats avec le milieu communautaire. Cette approche, autour d'objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être et de la continuité, contribue à la réduction des inégalités de santé. Elle favorise l'intégration des pratiques de santé publique aux pratiques de première ligne avec une participation active des populations cibles et une emphase sur les liens intersectoriels et attribue une priorité aux clientèles vulnérables. (MSSS, 2004b, p. 27)

Cette notion [d'**approche populationnelle**] a été utilisée pour décrire des approches visant à offrir des services intégrés pour un sous-groupe spécifique, par exemple la population des diabétiques. Elle a aussi été utilisée pour décrire des approches visant à offrir des services globaux et coordonnés pour un sous-groupe de la population générale comme des programmes destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Dans le document «L'intégration des services», l'approche populationnelle réfère plutôt à sa dimension géographique qui vise à confier une responsabilité clinique et financière à un réseau, par le biais du centre de santé et de services sociaux, pour une population d'un territoire bien délimité (*idem*, p. 28).

La **responsabilité populationnelle** signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour mainte-

nir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la compose. [...] Le défi réside dans l'articulation de divers modes de prestation de soins et de services en fonction des besoins de santé et de bien-être d'une population définie. Les CSSS et leurs conseils d'administration auront à innover pour offrir des services individuels mais aussi pour assurer la mise en place d'actions collectives visant à garantir un continuum d'interventions auprès de la population (*idem*, p. 11-8).

* Nous soulignons.

Les CSSS doivent donc aborder la santé avec une approche populationnelle, davantage proactive, contribuant à améliorer la santé des citoyens. Cela exige, entre autres, la dispensation de meilleurs services qui passent par la mise en réseau et la coordination sur le plan local des ressources impliquées qu'elles soient publiques, communautaires, d'économie sociale ou autres. La loi définit d'ailleurs le CSSS comme étant une instance locale ayant la responsabilité de coordonner les services de santé et les services sociaux offerts par les intervenants d'un réseau local (LRQ, ch. S-4.2, art. 99.4) et de mobiliser les partenaires de son territoire dans la définition et la mise en œuvre d'un projet clinique. Ce projet clinique doit identifier les besoins de la population, les objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être, les services requis pour satisfaire aux besoins, ainsi que les modes d'organisation et les contributions attendues des partenaires.

La concertation et la participation des acteurs deviennent ainsi une responsabilité conférée par la loi au CSSS. La mise en réseau et l'élaboration d'un projet clinique nécessitent la participation et la concertation des acteurs autonomes, ainsi que des populations concernées, afin d'optimiser l'efficacité des interventions préventives, curatives et de réadaptation en fonction des besoins locaux. Cependant, la responsabilité populationnelle des CSSS ne peut être imposée à ses partenaires autonomes qui conservent

le droit de déterminer leur niveau de collaboration, voire leur présence dans le réseau local de services. L'organisation communautaire est appelée à soutenir les processus de participation et de concertation volontaires qui sont au cœur du redéploiement des services de première ligne, contribuant ainsi à la réalisation de la mission CSSS.

Les OC des CSSS s'inscrivent dans les nouveaux rapports du réseau public avec les acteurs du milieu définis par la mission des CSSS, responsables de la mise en place de réseaux locaux de services (RLS) dans lesquels l'intégration et la hiérarchisation de services de première ligne dans un milieu donné dominant sur le développement de réponses innovatrices issues des communautés. La contribution de l'organisation communautaire en CSSS est contrainte à s'inscrire dans le cadre de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services, un cadre nettement plus complexe pour le départage des intérêts des communautés et celui des établissements, d'autant plus qu'il est soumis à des règles de gestion plus contraignantes. Or, la réussite des réseaux locaux de services et des projets cliniques ne se prescrit ou ne se décrète pas d'autorité. Elle résulte d'un processus participatif et délibératif complexe qui n'est jamais épuisé dans une planification ou un projet clinique. La mise en œuvre de la responsabilité populationnelle de l'établissement repose sur la connaissance du territoire et le respect de la culture locale de concertation et de partenariat. Les OC peuvent y apporter une contribution propre à leur expertise professionnelle par l'information et la formation à l'approche communautaire, qui comprend pour les cadres de CSSS, en particulier ceux qui ne sont pas issus des CLSC, de mieux saisir ce que signifie travailler avec le milieu.

Les réseaux locaux de services s'inscrivent aussi dans un mouvement plus large de territorialisation de la gestion et de la gouvernance des services d'intérêt général, qui tire ses origines de deux sources : la transformation de la gestion publique au Québec, et l'évolution des formes de réponse collective des communautés aux problèmes qui

les confrontent. Les pratiques de territorialisation, dans lesquelles se situent les projets cliniques, se conjuguent sur deux registres qui se métissent sur le terrain : celui de l'instrumentalisation, qui utilise le territoire et les communautés comme terreau pour l'implantation de priorités et de programmes publics préconstruits ; celui de la coconstruction à l'échelle du territoire d'une dynamique d'appropriation du développement, où la contribution des politiques et des pouvoirs publics est négociée et intégrée. L'élaboration participative des projets cliniques et la vitalité des réseaux locaux de services représentent à cet égard pour les CSSS un test déterminant pour lequel l'offre de services en organisation communautaire peut constituer un atout majeur.

Prévention et promotion de la santé

La *Loi de la santé et des services sociaux* stipule que les CSSS fournissent les services d'un CLSC, qu'elle définit comme suit :

[...] offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive et curative, de réadaptation et de réinsertion. [...]. La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique (LRQ, ch. S-4.2, art. 80).

À ce titre, les CSSS doivent aussi assumer la responsabilité locale de la santé publique, définie à l'article 14 de la *Loi sur la santé publique* :

Les établissements de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action locale de santé publique. L'élaboration du plan doit être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés.

La vision contemporaine de la prévention et de la promotion de la santé s'appuie sur une longue tradition inspirée par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et développée dans la Charte de Bangkok (OMS, 2005): « Les projets communautaires de terrain, les associations de la société civile et les organisations de femmes ont fait la preuve de leur efficacité en matière de promotion de la santé et offrent des modèles de pratiques dont d'autres pourraient s'inspirer. » Cette remarque convient fort bien au rôle important des partenaires du milieu qui devraient constituer le réseau local de services.

La promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa (1986)

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. [...] la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. L'intervention en promotion de la santé signifie que l'on doit [notamment] : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire...

L'organisation communautaire en lien avec la santé publique est confrontée à un univers qui valorise les meilleures pratiques, le plus souvent établies sur la base

de données quantitatives à partir de communautés anglo-saxonnes nord-américaines. Sur la base de ses compétences reconnues pour soutenir la concertation et l'intersectorialité, elle est sollicitée pour mettre en œuvre auprès de populations ciblées des approches et des programmes définis par des experts. Comme le démontre Comeau *et al.* (2006, p. 19), les OC ont effectivement « accentué leur fonction de médiation dans les communautés », répondant ainsi au besoin « de médiation des divers niveaux de langage et d'intérêts portés par les acteurs en présence » (Jetté, 2006, p. 30). Foisy (2004) parle pour sa part d'un déplacement vers les rôles de « leader, consultant organisationnel et intermédiaire » ou « médiateur entre les organisations ».

La promotion de la santé et du bien-être repose donc sur une approche globale des déterminants de la santé et sur la participation des citoyennes et citoyens en tant que partenaires dans la prise en charge de leur propre santé et dans la transformation des conditions sociales et des structures responsables des inégalités croissantes en santé. L'organisation communautaire permet au réseau de la santé et des services sociaux de mieux contribuer à la promotion de la santé en redonnant du pouvoir aux communautés et en reconnaissant qu'elles sont capables d'identifier leurs besoins et de déterminer leurs actions. Voilà en quoi le travail d'organisation communautaire en soutien aux organismes du milieu, y compris ceux d'action sociale et de défense des droits, prend une légitimité renouvelée sur la base même de la mission du CSSS.

Agir sur les déterminants de la santé

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment à l'article 100, donne aux CSSS le mandat de :

[...] collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale [CSSS], celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

Comme le souligne le Directeur national de la santé publique du Québec (MSSS, 2005), sur les 30 ans d'espérance de vie gagnés depuis 100 ans au Québec, huit sont attribuables aux services de santé et 22 à l'amélioration de l'environnement, des habitudes et des conditions de vie, ce qui l'amène à affirmer que les principaux gains en santé des populations ne viendront pas du système de soins, mais de l'action sur les autres déterminants de la santé, dont les conditions et les milieux de vie. Il identifie donc les actions efficaces suivantes :

- réduire la pauvreté et les inégalités ;
- préserver l'environnement physique ;
- adopter de saines habitudes de vie ;
- soutenir le développement des enfants ;
- appuyer le développement de communautés solidaires.

Les OC permettent au réseau de la santé et des services sociaux de contribuer à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population par des actions continues sur les déterminants de la santé, plus particulièrement les déterminants sociaux de la santé tels que la pauvreté, le logement, la scolarisation, la sécurité alimentaire, le transport, l'isolement social, l'accueil et l'intégration des immigrants, etc. L'organisation communautaire soutient également le développement des communautés qui se retrouve au cœur de la mise à jour 2008-2013 du Programme national de santé publique (Québec, 2008).

Soutenir le développement des communautés

Le développement des communautés est directement inspiré de l'approche de développement local en organisation communautaire et constitue de ce fait un terrain de prédilection pour l'organisation communautaire. En effet, la notion de communauté est au cœur de la pratique

professionnelle de l'organisation communautaire. Elle renvoie à un ensemble de personnes et de groupes qui se reconnaissent en fonction soit d'un territoire, soit d'intérêts particuliers, soit d'une identité partagée. La communauté exprime toujours une appartenance sociale, un dénominateur commun. Le développement des communautés et l'action intersectorielle sont identifiés comme des stratégies d'actions favorables à la santé et au bien-être de la population et positionnent l'organisation communautaire comme un service pivot par son expertise. Le MSSS a défini le développement des communautés comme une stratégie qui interpelle directement les CSSS, en le distinguant toutefois de la mobilisation sociale.

La définition du Programme national de santé publique – Mise à jour 2008

«Le développement des communautés est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental. [...]

Le soutien, par l'action communautaire, au processus de développement d'un milieu est propice à l'amélioration de la santé et du bien-être de ses résidents. En favorisant, chez les individus, le développement de l'estime de soi et du sentiment de maîtrise de l'environnement, le soutien au développement des communautés contribue aussi à augmenter, entre autres, le sentiment d'appartenance, la fierté des réalisations jugées bienfaitrices et l'acquisition de nouvelles compétences.» (Québec, 2008, p. 61-62.)

Le développement des communautés et la mobilisation sociale en santé publique : des distinctions utiles

En santé publique, le développement des communautés comme approche globale se distingue de la mobilisation sociale visant l'atteinte d'objectifs précis et ciblés. [...]

Quoiqu'elle soit nécessaire, cette mobilisation ne relève pas de la même logique que celle préconisée par le développement des communautés, ne vise pas les mêmes objectifs et n'entraîne pas la même construction de liens sociaux (*idem*, p. 63).

Ainsi, la mobilisation sociale est une stratégie pour atteindre des objectifs planifiés de santé publique, alors que le développement des communautés implique un processus d'appropriation par un acteur collectif des enjeux prioritaires d'un territoire et d'autodétermination des objectifs à atteindre avec la contribution négociée des politiques et programmes publics.

L'organisation communautaire, par sa connaissance du milieu, contribue à l'analyse des besoins et au dynamisme des communautés en initiant ou en soutenant les lieux de concertation locale, et en favorisant la participation des acteurs sociaux et des citoyens sur la base de leur capacité à identifier leurs besoins et à déterminer leurs actions.

Les tenants d'une approche radicale de l'action communautaire estiment que les OC sont maintenant dédiés aux instances de concertation plutôt qu'au travail d'animation sur le terrain et de mobilisation des personnes directement concernées par les problématiques, tâches qui sont pourtant le propre de l'organisation communautaire (Shragge, 2006 et 2007). Ce jugement appelle des nuances, d'une part parce que les OC maintiennent des interventions où prime le soutien professionnel aux processus par lesquels les communautés identifient leurs besoins et y trouvent des réponses collectives. Il faut aussi préciser que le développement des communautés est un domaine où « l'interaction entre les citoyens ainsi que les liens de confiance et de réciprocité créés constituent le déterminant le plus important pour améliorer la santé et le bien-être d'une collectivité » (Québec, 2008, p. 62). La présence de citoyennes et citoyens dans les « processus de coopération

volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux» (INSPQ, 2002, p. 16) qui caractérisent le développement des communautés, n'est possible que si un soutien leur permet d'établir des rapports égaux avec les autres acteurs sociaux, notamment les experts des administrations publiques. De ce point de vue, les OC sont reconnus pour avoir certaines des «compétences» personnelles et professionnelles présentées dans le Programme national de santé publique comme des habiletés pour «conjuguer les ressources de plusieurs secteurs d'activité»: l'engagement envers la population et les diverses clientèles; la reconnaissance de l'expertise des autres secteurs; une vision stratégique et l'aptitude à saisir les occasions; la flexibilité; le goût du défi; la volonté de repousser les limites; la créativité et l'ouverture à la transformation des pratiques de même que la persévérance» (Québec, 2008, p. 67). Ils ont aussi les compétences pour animer et coordonner les processus complexes que comporte le développement des communautés, processus en plusieurs phases qui peuvent se croiser et se recouper: phase de planification (analyse du milieu, priorisation des enjeux, choix des objectifs et des actions), phase de mise en œuvre, phase d'évaluation.

CONCLUSION

La nouvelle gestion publique (NGP) ainsi que les logiques gestionnaires et médicales vont continuer à occuper de façon dominante l'espace institutionnel pour un temps indéterminé. Cela pourrait amener à conclure qu'il n'y a plus de possibilité de pratiquer l'organisation communautaire en CSSS, ou que la meilleure stratégie consiste à développer des pratiques silencieuses et, le plus possible, en marge des services publics. Nous estimons au contraire que l'organisation communautaire peut et doit se positionner de manière affirmative dans le nouveau contexte institutionnel sur la base de sa spécificité et de son expertise. Elle représente historiquement un gain des mouvements

sociaux, qui ont obtenu au début des années 1970 la reconnaissance de cette pratique professionnelle de soutien à l'action communautaire et d'interface entre les collectivités et les services publics pour en améliorer la pertinence. Elle est aujourd'hui placée devant le défi de renouveler cette lutte pour que les citoyens retrouvent leur place dans les CSSS, et plus généralement dans l'intervention publique.

Cela représente plusieurs défis pour les OC, dont celui de comprendre ce nouveau contexte institutionnel et d'en faire une analyse critique en fonction, entre autres, des enjeux de participation citoyenne. Il leur faut aussi pouvoir développer une identité professionnelle basée sur des valeurs, une éthique et des compétences permettant de renforcer l'efficacité et de camper la légitimité des pratiques d'organisation communautaire dans les CSSS. Pour ce faire, la cohésion des équipes d'OC en CSSS est essentielle. L'élaboration d'un cadre de référence local en organisation communautaire a souvent favorisé cette cohésion. Les alliances avec d'autres groupes de professionnels, dont les travailleuses sociales, mais aussi avec des cadres du CSSS ou avec des professionnels des directions de santé publique sont des stratégies à développer. Enfin, les OC doivent aussi reconnaître et 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'elle est arrimée et en alliance avec les citoyens et la société civile. Les OC et le RQIIAC entretiennent d'ailleurs des alliances avec les milieux communautaires et des mouvements sociaux sur les plans local, régional et national. Ils doivent entretenir la liaison avec les usagers et utilisateurs de leurs services et développer une convergence de vues quant à la pertinence de la coconstruction en développement des communautés. La contribution des programmes publics doit être négociée et ne pas instrumentaliser les collectivités au service d'une politique et d'une gestion centrées sur le non-engagement de l'État.

Malgré ses 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, 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 *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 sur le plan 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.

Dans les CSSS, la mission de santé publique occupe une place mineure et le développement des communautés, tout comme l'action sur les déterminants sociaux de la santé, font difficilement le poids devant les pratiques médicales et la mission hospitalière là où elle est présente, soit dans 78 des 95 CSSS. Le discours de la santé publique

(Québec, 2008) est à cet égard en avance sur les pratiques du réseau, mais ses porteurs ont encore à apprendre de l'organisation communautaire sur le plan des processus pour le mettre en œuvre. Plusieurs OC craignent de devenir des « technocrates de programmes cadres » venant « d'en haut ». Nous estimons toutefois que la responsabilité populationnelle, l'action sur les déterminants sociaux de la santé, le développement des communautés ainsi que la nécessité d'établir un diagnostic du territoire que le CSSS dessert et la nécessité de développer des rapports de partenariat avec les autres organisations, particulièrement les groupes communautaires, constituent des occasions de mettre en évidence l'apport de l'organisation communautaire à la mission du CSSS. Les CSSS, d'une certaine manière, ont besoin de l'organisation communautaire pour donner leur pleine portée aux interventions publiques car, rappelons-le, l'adaptation en matière d'intervention publique est un plus grand facteur d'efficacité que la fidélité aux programmes. Appuyé sur une recherche des plus récentes chez les OC, le prochain chapitre traitera des rapports avec la santé publique, d'où émergent les défis encore à relever à la jonction organisation communautaire et santé publique.

NOTE

1. L'expression est de Claudine Papin de la Coopérative Tandem ; elle a été entendue lors de la Rencontre régionale du développement local tenue à Gatineau le 6 juin 2003.



Les rapports avec la santé publique

La promotion de la santé, le développement des communautés et les interventions afin d'agir sur les déterminants de la santé ont toujours caractérisé les centres locaux de services communautaires (CLSC). Depuis les années 1990, les directions de santé publique s'emploient à implanter des programmes normés accompagnés de ressources documentaires et financières, généralement basés sur les meilleures pratiques et les données probantes établies à partir d'une revue de littérature. Ces programmes et approches de santé publique (PSP) sont assortis le plus souvent de modalités normatives de mise en œuvre laissant aux initiatives des populations concernées une marge de manœuvre réduite à l'atteinte d'objectifs déterminés

par des experts. Assortis d'un soutien financier, ils sont souvent encadrés par une entente de gestion établissant les résultats attendus et une reddition de comptes serrée.

La présence croissante de programmes qui descendent des instances nationale et régionales préoccupe les OC. Leur caractère normatif jusque dans les modalités d'intervention est perçu comme une contradiction avec les principes de l'organisation communautaire, qui vise à soutenir la prise en charge des milieux par eux-mêmes. Par ailleurs, les ressources qu'ils apportent dans la communauté ne sont pas négligeables, et de nouveaux postes en organisation communautaire ont été créés pour livrer ces programmes. Les programmes de santé publique sont-ils autre chose que « ce mal qui vient d'en haut », comme les décrivait la Journée d'échange du RQIIAC en 2003, une approche *top down* inspirée de pratiques américaines de planning social ?

Planning social ou organisation communautaire ?

Comme le notent Doucet et Favreau (1991), le planning social, une des trois approches de la typologie de Rothman, peut appartenir à l'organisation communautaire ou à l'administration sociale. Il y a une certaine difficulté conceptuelle à inclure dans les modèles de base de l'organisation communautaire un modèle qui renvoie aussi à l'administration sociale. La mise sur pied de services de première ligne s'adressant à des populations cibles constitue difficilement en soi une pratique d'organisation communautaire. Pour ce faire, il faut que ces services s'appuient sur la participation des populations concernées et favorisent l'*empowerment* des collectivités, ce qui n'est pas une exigence explicite dans le modèle de planning social développé à partir des pratiques des agences sociales américaines, qui ne relèvent pas d'un système public.

Au Québec, les CLSC en tant qu'établissements publics ont développé une approche que nous avons choisi de désigner comme socio-institutionnelle (Bourque et

Lachapelle, 2007). Elle désigne des « initiatives en provenance des institutions qui, en fonction de leur mission, décident d'agir sur une problématique ou une réalité collective au moyen de réponses (programmes, services, coordination et concertation de ressources, etc.) s'appuyant, en tout ou en partie, sur l'action communautaire » (*idem*, p. 101). Il convient cependant de distinguer les approches socio-institutionnelles selon qu'elles favorisent ou non cette prise en charge. Nous distinguons deux types : l'un technocratique et l'autre participatif. L'approche socio-institutionnelle technocratique renvoie au planning social, qui se définit par « le recours aux experts qui possèdent des compétences scientifiques pour identifier les problèmes et recommander l'action la plus appropriée pour résoudre des problèmes ciblés. [Elle] met l'accent sur un processus technique de résolution de problèmes collectifs » (*idem*, p. 104). L'approche socio-institutionnelle participative, en contrepartie, « part du principe selon lequel les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'y apporter une contribution significative. L'intervenant cherche alors à avoir des contacts directs avec les gens affectés par les programmes non pas au moyen de sondages ou autres techniques d'analyse de besoins, mais à travers un dialogue et un processus d'apprentissage mutuel qui aide les personnes et les acteurs concernés à augmenter leur pouvoir » (*idem*, p. 109).

Plusieurs OC d'expérience savent utiliser les programmes de santé publique comme leviers de développement d'initiatives issues du milieu (*bottom up*). La marge d'autonomie professionnelle reconnue par l'établissement à l'OC chargé d'un programme de santé publique est, à cet égard, déterminante, et elle est évidemment mieux établie pour les OC qui sont depuis plus longtemps dans le réseau public. En contrepartie, les OC engagés spécifiquement pour la livraison d'un programme de santé publique ont généralement une expérience moins diversifiée du milieu et sont dans une position qui leur permet moins d'être

critiques sur le caractère communautaire d'un programme. À quelles conditions les PSP peuvent-ils être ouverts à la participation citoyenne et à celles des acteurs sociaux, de sorte que les professionnels de l'organisation communautaire y exercent leur expertise spécifique de soutien à l'action communautaire et d'adaptation des interventions publiques? Comment les directions de santé publique peuvent-elles tirer le meilleur parti possible de l'expertise acquise en organisation communautaire dans les CLSC? Comment les organisateurs communautaires peuvent-ils être à l'aise et contribuer à la responsabilité de santé publique de leur CSSS en exerçant leur métier d'OC?

LA RESPONSABILITÉ LOCALE EN SANTÉ PUBLIQUE

La *Loi sur la santé publique* (LRQ, chapitre S-2.2) établit clairement la liaison entre la responsabilité ministérielle exprimée dans le plan national de santé publique (art. 7) et les plans locaux relevant des centres de santé et de services sociaux, en passant par les objectifs inscrits au plan régional (art. 14). Les PSP ont donc un caractère impératif, le cadre juridique établissant une démarche centralisée définie du haut vers le bas. Quant à la contribution requise des OC, elle correspond à la description qu'en fait le MSSS en inscrivant les services d'intervention communautaire parmi les « Activités de santé publique ». (Québec, 2004b, p. 83) La « mise en œuvre et soutien d'actions communautaires » répond à l'évaluation des besoins locaux, mais elle vaut aussi pour les programmes définis dans le Programme national de santé publique (PNSP) et ses relais régionaux. La tâche normale des OC inclut donc le soutien aux actions communautaires issues de PSP préparés par les instances nationales et régionales de la santé publique.

Ce qui est perçu comme une contradiction par les OC, ce sont les approches dans lesquelles les données probantes priment sur les attentes définies par la communauté elle-même, les PSP qui ne s'intéressent à la mobilisation

sociale qu'à titre de technique pour mettre à contribution les ressources, les savoir-faire et les forces d'un milieu local. Il y a un écart de perspective entre un « problème » affectant des personnes « vulnérables » et un besoin identifié par une population. L'approche experte s'impose de l'extérieur, au risque de réduire la communauté au statut d'« environnement » et de « clientèle ». L'organisation communautaire mise plutôt sur son caractère citoyen et veut soutenir l'action d'une population. L'action sur les déterminants de la santé, en collaboration avec des organismes communautaires, ne se réduit pas à l'application de programmes établis de façon bureaucratique. Son efficacité passe par une contribution locale, de leur définition à leur mise en œuvre. Au-delà du choc de cultures est-il possible d'allier le respect de l'intervention professionnelle en organisation communautaire et les préoccupations normatives de la santé publique ?

L'APPROCHE SOCIO-INSTITUTIONNELLE

Les programmes de santé publique (PSP) relèvent de l'approche socio-institutionnelle dans la mesure où ils constituent des initiatives institutionnelles définies par des experts, dans le cadre desquelles on souhaite mobiliser une population concernée par une problématique. Sans nier la valeur des données provenant des experts, les OC reconnaissent aux citoyennes et citoyens une légitimité et une compétence de premier plan, aussi déterminante que celle des experts de la santé publique. La connaissance des dynamiques d'un milieu les incite à élargir les sources d'information, à associer le milieu à la définition des interventions et à métisser les stratégies dans la mise en œuvre de programmes. Leur réaction aux PSP est du même ordre que celle suscitée par les rapports Champoux (1975) et Brunet (1987) : l'organisation communautaire sera-t-elle ramenée dans les plates-bandes de la santé, ou pourra-t-elle encore se faire le soutien de l'action communautaire ?

La question centrale demeure donc dans quelle mesure l'organisation communautaire peut-elle faire en sorte que les approches et programmes de santé publique intègrent dans leur élaboration et leur mise en œuvre la participation des personnes et des communautés qui vivent les situations ciblées ?

LA PART DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE DANS LES PSP

Quelle part est faite à l'organisation communautaire dans les PSP ? Les attentes de la santé publique vont-elles dans le sens d'accompagner des citoyens en action, ou bien de desservir des clients ? Que signifie la création de postes sur la base des budgets alloués aux PSP ? Quelles sont les conditions de succès d'une approche socio-institutionnelle dans la mise en œuvre des PSP : quelle place est faite aux valeurs de participation démocratique, d'*empowerment* communautaire et de transformation sociale ?

Pour répondre à ces questions, nous avons retenu quatre programmes pour chacun desquels nous avons mis à contribution trois ou quatre pratiques d'organisation communautaire. Une douzaine d'entrevues réalisées dans une dizaine de régions différentes ont fourni les convergences fortes que nous présentons ici à partir d'un rapport de recherche publié en 2008 (Lachapelle et Bourque, 2007).

École en santé est une approche plutôt qu'un programme, qui propose toutes les étapes du processus d'organisation communautaire : identification de la situation ; établissement d'un plan d'action et mise en œuvre. Elle s'inscrit dans l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (Québec, 2005), ainsi que dans le Programme national de santé publique (MSSS, 2003) à titre d'« intervention globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école » (Québec, 2005, p. 2). Il s'agit

de développer une démarche intersectorielle en partenariat avec la commission scolaire, l'école, les institutions publiques locales et les organismes de la communauté.

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont destinés aux jeunes mères de moins de 20 ans et aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté. Ils comprennent deux volets : l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être. Ce second volet consiste à élaborer et à mettre en œuvre, avec l'ensemble des partenaires concernés, un plan d'action intersectoriel local pour agir sur les déterminants sociaux de la santé des familles (Québec, 2004a). La composante des environnements favorables vise à « mettre en œuvre des projets intersectoriels novateurs » (*idem*, p. 40). En dépit de la formulation orientée vers un processus d'intervention communautaire, on ne trouve nulle mention d'une participation des familles que le programme veut rejoindre à l'élaboration des plans d'intervention.

Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) « vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés autonomes qui vivent dans la communauté » (DSPM, 2007) en constituant des groupes de dix à quinze personnes qui ne présentent pas de troubles graves de l'équilibre pour des activités d'apprentissage dispensées par des spécialistes pendant douze semaines à raison de deux rencontres par semaine renforcées par des activités à faire à la maison. La dimension communautaire se réduit à rendre le programme « accessible au plus grand nombre de personnes susceptibles d'en bénéficier » et au fait qu'il « a été développé en étroite collaboration avec les partenaires œuvrant en milieu communautaire » (*idem*).

0-5-30 Combinaison/Prévention se présente comme « un programme intégré de prévention des maladies chroniques » (ADRLSSSSM, 2005, p. 11) qui consiste à faire auprès d'adultes, « dans leur milieu de vie, notamment en milieu de travail et dans les municipalités », la promotion de trois habitudes de vie quotidiennes : le non-tabagisme,

la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes et la pratique d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée.

Les SIPPE et l'approche École en santé prévoient dans leur cadre de référence une contribution de l'organisation communautaire. Mais les programmes relatifs aux saines habitudes de vie comme PIED et 0-5-30 sont plutôt orientés sur une approche individualisée des problèmes et touchent peu l'environnement social et communautaire, sinon dans les modalités où ils pourraient être mis en œuvre. Il y a là une première démarcation à établir quant à une contribution possible de l'organisation communautaire: l'action sur les habitudes de vie ne relève pas comme telle de l'organisation communautaire, tandis que la volonté d'agir sur l'environnement est une ouverture sur l'action communautaire.

ARRIMER SANTÉ PUBLIQUE ET ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

La contribution des OC aux PSP constitue le plus souvent une partie seulement de leurs tâches. Cette mixité de pratiques est considérée comme saine dans la mesure où elle permet d'inclure dans la charge de travail des mandats qui proviennent de besoins exprimés par le milieu, et de ne pas camper l'intervenante ou l'intervenant dans un rôle de dispensateur de priorités établies de l'extérieur. Cela permet aussi que les OC aient un meilleur enracinement dans la dynamique locale et développent dans la communauté des liens qui sont en retour utiles pour la mise en œuvre des PSP. Il y a pratiquement consensus sur le fait que les OC ne doivent pas être cantonnés dans les PSP, mais aussi affectés à des interventions territorialisées qui relèvent davantage du développement des communautés.

L'expérience professionnelle et le soutien, voire le mentorat de collègues expérimentés sont des facteurs importants pour qu'un OC puisse passer d'une action

« sur commande » à une intervention qui rejoint le développement de la communauté. La légitimité acquise dans l'établissement et le milieu permet un rapport critique et créatif aux PSP. Même dans le cadre d'une approche de groupe visant le changement des habitudes de vie individuelles, il est possible de passer à une action communautaire visant le changement social et l'action sur les déterminants sociaux de la santé. C'est le cas par exemple de certaines initiatives nées de 0-5-30 Combinaison prévention, qui débouchent sur la prise en charge collective de l'accès aux denrées alimentaires produites localement, initiatives réalisées avec la participation de la direction régionale de la santé publique. C'est le cas aussi d'OC qui utilisent leur marge de manœuvre professionnelle pour déborder les consignes de programme et les transformer en intervention d'action communautaire locale. On peut penser aux interventions qui font en sorte que les fonds du programme de sécurité alimentaire soient alloués aux initiatives locales déjà actives sur cet enjeu ; à celles qui font passer de l'objectif de susciter de saines habitudes de vie au renforcement de la vie communautaire plutôt que de ne rejoindre que des individus isolés ; aux projets qui s'intègrent dans une action de quartier, débordant la cible des « personnes vulnérables » ; bref, chaque fois que les ressources de programmes, qu'elles soient financières ou d'expertise, sont mises au service de projets émergeant de l'action communautaire locale, l'organisation communautaire réussit à établir des rapports négociés entre l'expertise de la santé publique et celle des citoyens.

Malgré les exemples d'utilisation d'un espace de créativité locale, les PSP ne jouissent pas toujours d'une bonne réputation dans les rangs des OC. Plusieurs estiment qu'ils ne permettent pas de faire vraiment de l'organisation communautaire parce qu'ils instrumentalisent la pratique en la réduisant à la mise en œuvre de techniques. L'énoncé du programme PIED leur donne raison sur ce point : l'organisation communautaire est utilisée pour rejoindre les individus visés. Intervenir strictement sur les habitudes

de vie sans toucher aux déterminants de la santé donne moins de prise à la dimension communautaire. En portant toute l'attention sur les individus que l'on souhaite responsabiliser en regard de leur santé, on néglige les puissants leviers que permet l'action collective sur les déterminants sociaux de la santé.

La possibilité pour le milieu de définir lui-même le changement est un critère de base en organisation communautaire: les expertises qui soutiennent ce processus endogène sont bienvenues; celles qui prétendent avoir les réponses à des questions que le milieu ne se pose pas ne le sont pas. Lorsque les PSP sont ouverts à la prise en compte des réalités locales non seulement dans la livraison de services, mais aussi dans la définition de l'action, ils constituent un espace de collaboration des OC avec la santé publique. À l'inverse, la prescription de modalités inquiète. Par exemple, on considère que l'exigence de créer une structure intersectorielle dans un milieu où il y a déjà une instance locale de concertation doit être évaluée en fonction d'éviter les doubléments. La compréhension microsociale de l'intersectorialité comme strict arrimage de services autour d'individus ne permet pas d'inscrire un programme dans le développement local des communautés. Les mécanismes locaux de travail collectif reposent d'abord sur les appartenances et les complicités déjà établies: le défi c'est de les rejoindre et de s'y inscrire. À l'échelle locale, on ne découpe pas la réalité en problématiques sectorielles, on considère les gens d'un point de vue global, caractéristique de l'action communautaire.

L'APPROCHE SOCIO-INSTITUTIONNELLE DANS LA MISE EN ŒUVRE DES PSP

Les PSP permettent-ils des processus dans lesquels les personnes concernées par un problème ont la capacité d'apporter une contribution significative dans le cadre d'un

processus d'apprentissage mutuel des intervenants et des personnes « en situation de vulnérabilité » ? Associer les personnes que les programmes veulent rejoindre n'est pas toujours évident. Comment, par exemple, dans un programme SIPPE contrôlé par une équipe interdisciplinaire et une table intersectorielle, associer au départ les jeunes familles que l'on souhaite rejoindre ? Asseoir autour de la table une personne sans que celle-ci ait une légitimité démocratique comme représentante d'un groupe de participants serait l'utiliser comme participante de service, histoire de se donner bonne conscience, mais un bien mauvais service à lui rendre ! Souvent, les familles ciblées ont à leur actif des expériences difficiles avec les intervenants professionnels : il faut d'abord établir des liens de confiance. Il faut du temps et des contacts personnels consistants avant que les interventions permettent aux familles rejointes de se constituer elles-mêmes en instance partenaire d'une équipe interdisciplinaire ou d'une table intersectorielle.

En fait, ce sont les organismes communautaires invités à la concertation intersectorielle qui peuvent assumer la liaison et, éventuellement, l'inclusion des familles en situation de vulnérabilité. D'abord parce qu'ils sont déjà en lien avec elles ou que le programme leur fournit l'occasion d'inclure ces familles dans les populations qu'ils rejoignent déjà. C'est donc sur le plan des pratiques communautaires autonomes et dans les contacts directs des OC avec les personnes du milieu qu'il faut explorer la participation des personnes concernées par les PSP. C'est dans ces relations de proximité que les populations concernées peuvent faire valoir leurs besoins et leurs attentes, voire être associées à la définition locale des problèmes et à l'établissement des objectifs locaux du programme. C'est là que se jouent les rapports de pouvoir entre les experts et les personnes auxquelles s'adressent les PSP. Il y a des pratiques intéressantes qu'il reste à documenter pour identifier si et comment les personnes et les communautés peuvent passer d'objets à sujets de l'intervention.

Ce hiatus pour une approche participative tient aux postulats de base de la plupart des PSP. Leur objectif est d'intervenir intensivement auprès de personnes en situation de vulnérabilité plutôt que de rejoindre ces mêmes personnes en intervenant sur des bases collectives. La perspective est celle de la relation d'aide plutôt que la mutualité, ce qui heurte le principe de « participation sociale au moyen de pratiques démocratiques » (Lachapelle, 2003, p. 16). Comme dit le proverbe, « la main qui donne est toujours au-dessus de celle qui reçoit »!

Les PSP peuvent être l'occasion d'établir des partenariats réels tout en respectant les intérêts particuliers des organisations participantes s'ils initient une action concertée et des collaborations sur le terrain autour d'intérêts communs. En organisation communautaire, le souhait est que ces intérêts communs soient reconnus dans la définition de buts et d'objectifs partagés. Une recherche menée en 2005 sur un autre programme de santé publique, le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), ancêtre des SIPPE, indique que le partenariat demeure circonscrit à des éléments comme le choix des moyens (projets, activités, thèmes d'atelier, etc.), mais ne touche pas des éléments comme l'identification de l'enveloppe budgétaire destinée au communautaire, les services aux jeunes parents, relevant du CSSS, ni les objectifs et les stratégies du programme lui-même (D. Bourque, 2007). Selon cette recherche, la position souhaitable pour les OC consiste à s'en remettre aux processus collectifs de délibération et de décision.

Le financement disponible dans les PSP est souvent le premier moteur de ralliement et de collaboration des organismes. Dans la mesure où la gestion des fonds est transparente et équitable et l'enveloppe pas trop restreinte, le risque de compétition entre les partenaires peut être évité. La transparence et les discussions multilatérales offrent de meilleures conditions que les discussions bilatérales ou parallèles entre le CSSS et un organisme communautaire spécifique. Les sensibilités sont de toute évidence

très aiguës dès qu'il est question de financement, et ce, même si les sommes en cause ne sont pas énormes. La gestion des conflits et les problèmes éthiques risquent donc d'être plus aigus pour les organisateurs communautaires impliqués dans des PSP où sont présentes des enveloppes budgétaires et des ententes de services. Il n'en demeure pas moins que le financement par projet, qui s'explique bien dans le cadre de programmes poursuivant leurs objectifs propres, peut facilement ne pas être en phase avec les besoins du milieu. En développement des communautés, certaines interventions appellent une action transversale capable de prendre en compte plusieurs des déterminants sociaux de la santé : le logement, la sécurité alimentaire, le transport, etc., sont autant de facteurs grevant la capacité des populations défavorisées. La création d'environnements favorables ne suffit pas. Il faut agir sur les causes structurelles des problèmes. L'action sur la base des territoires d'appartenance où se manifestent ces déterminants sociaux de la santé devrait donc prévaloir sur les particularités de programme.

LA PART DES GESTIONNAIRES

Si les OC sont préoccupés que le milieu aille chercher toutes les ressources disponibles, y compris dans les PSP, ils estiment qu'il ne leur revient pas d'en assurer l'allocation. Compte tenu du soutien professionnel qui constitue le cœur de leur relation avec les organismes communautaires, ils doivent maintenir avec eux des relations exemptes d'enjeux d'autorité. Les OC ne peuvent donc pas soutenir les organismes requérants et être en même temps partie prenante des décisions financières et administratives relatives à ces programmes. Il y a une contribution nécessaire des gestionnaires de CSSS pour que les OC puissent garder cette nécessaire relation de confiance professionnelle avec les organismes auxquels ils donnent un soutien.

Les PSP attendent des OC qu'ils assurent la liaison avec le milieu, les professionnels des CSSS, ceux des directions régionales de santé publique et les organismes communautaires. C'est une position qu'ils ont l'habitude d'occuper, mais qui n'est pas toujours confortable. Pour que cela fonctionne, il faut qu'ils puissent compter sur l'appui de leur supérieur immédiat. L'importance que celui-ci accorde au travail avec la communauté, sa compréhension des contraintes de l'action communautaire, son intérêt pour les acquis communautaires et la confiance qu'il manifeste à l'OC sont un soutien déterminant dans la mise en œuvre des PSP. À cet égard, le taux de roulement du personnel cadre dans le contexte de la création des CSSS suscite des inquiétudes. L'instabilité des postes cadres au cours des dernières années, l'arrivée, dans les programmes où sont rattachés les OC, de cadres issus de la culture hospitalière et la multiplication des niveaux hiérarchiques font en sorte qu'on ne sait pas trop quel sera l'avenir des actions entreprises en santé publique. Sur le plan administratif, un cadre expérimenté qui sait minimiser les contraintes pour ajuster les règles de gestion au rythme des organismes du milieu peut faire toute la différence dans l'établissement d'une saine coopération. Les partenariats ne suivent pas nécessairement les périodes budgétaires du réseau ni les échéances des ententes de gestion!

Du côté des directions régionales de santé publique, exception faite de deux régions où les rapports semblent tendus avec les OC, la recherche a mis en évidence une perception nettement positive qui tranche sur les remarques fréquentes en sens contraire dans les milieux de l'organisation communautaire. Les agents de santé publique avec lesquels travaillent celles et ceux qui ont répondu à notre enquête manifestent de l'ouverture et de la souplesse en regard des besoins et des réalités particulières des milieux. Dans certains cas, on parle même de complicité. Les rencontres régionales organisées par la santé publique sont vécues comme des temps de partage des expériences, des moments de soutien entre pairs qui

sont appréciés. La seule inquiétude manifestée, mais elle est majeure, est que cette souplesse ne disparaisse, advenant que la volonté répétée en santé publique de référer aux meilleures pratiques n'entraîne une standardisation des façons de faire.

PERSPECTIVES

La majorité des OC qui ont participé à l'étude estime réussir à transformer les PSP en action partenariale dans le milieu. Les programmes peuvent être l'occasion d'établir de solides collaborations quand leur mise en œuvre respecte les intérêts des organisations participantes, tout en les concertant autour d'intérêts communs. Par contre, le niveau de participation dans la mise en œuvre des programmes et approches de santé publique demeure un espace de recherche. Il faut mieux comprendre les mécanismes de participation, dans le cadre de pratiques bien établies, pour identifier des indicateurs de la contribution des populations concernées à la réalisation des PSP. Sur le terrain, trois pistes d'action se dessinent pour améliorer les rapports entre organisation communautaire et santé publique. Il faut d'abord établir un dialogue entre l'expertise de la santé publique et celle des OC, une reconnaissance des principes de l'organisation communautaire pour faire en sorte que les PSP favorisent davantage la contribution citoyenne. Ensuite, les directions locales et régionales doivent soutenir l'approche socio-institutionnelle en santé publique, de façon à rendre les programmes participatifs : c'est une condition de leur portée communautaire. Enfin, il faut poursuivre la recherche sur la participation dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé publique pour alimenter ces deux premières avenues.

Les recherches de Bilodeau, Chamberland et White (2002) indiquent qu'il existe des conditions spécifiques de succès des approches participatives que l'on peut mettre

en relation avec la qualité des résultats atteints. Parmi ces conditions, notons la mobilisation des acteurs pertinents à la question en jeu, le fait que ces acteurs soient mobilisés sur des choix stratégiques et non seulement techniques ou instrumentaux, qu'ils soient également en position d'influence et de négociation (au-delà de la consultation), et enfin que le processus participatif permette de réduire l'inégalité de pouvoir entre les acteurs (dont les experts) et favorise la coconception des actions. Nous pourrions ajouter d'autres facteurs de réussite comme la pertinence sociale du programme, la flexibilité et l'ouverture du promoteur, la constance du soutien organisationnel et professionnel et l'appropriation créative du programme par les personnes et les acteurs concernés.

Ce dernier point est crucial. Dans leur forme actuelle, les PSP ne sont pas l'occasion de processus dans lesquels les personnes concernées par un problème social ont la capacité d'apporter une contribution significative. Ils ne misent pas sur un apprentissage mutuel des intervenants et des personnes « en situation de vulnérabilité ». Cette limite est en partie compensée par la socialisation et l'inclusion des personnes en situation de vulnérabilité par les groupes communautaires partenaires des PSP. Il y a, de ce fait, une certaine appropriation locale des objectifs et processus de santé publique, mais la participation ne fait malheureusement pas encore partie des données probantes. L'approche ciblée des PSP nous ramène aux enjeux des rapports Champoux et Brunet qui, dans les années 1980, proposaient de limiter l'organisation communautaire aux enjeux spécifiques des programmes de santé. À l'époque, il s'agissait de programmes de santé physique, alors qu'aujourd'hui, la santé publique reconnaît l'importance majeure des déterminants sociaux de la santé en fonction desquels l'action collective est indispensable. Il y a là une prise pour que l'organisation communautaire négocie une pleine ouverture à sa contribution, y compris sur le terrain

politique, sur le plan duquel le rapport de l'OMS (CSDH, 2008) situe les moyens d'éliminer les inégalités sociales de santé.

La contribution des PSP à l'*empowerment* serait accrue si les méthodes d'apprentissage mutuel, qui caractérisent notamment l'éducation populaire, étaient mises à profit. On peut en donner pour preuve que bon nombre de personnes militant dans les organisations communautaires sont issues des rangs de ceux que la santé publique identifie comme « à risque de vulnérabilité ». L'enjeu n'est pas mince, puisque cela implique de considérer ces gens non plus comme des individus clients (ou usagers, ou bénéficiaires), mais comme des populations et des citoyennes et citoyens. Le soutien de l'organisation communautaire aux organismes communautaires et aux initiatives de développement des communautés va en ce sens. C'est l'objet du prochain chapitre.



Intervenir avec des organismes communautaires d'un nouveau calibre

Les services d'organisation communautaire des CLSC ont contribué au développement de l'action communautaire dans les collectivités québécoises. Les années 1980, au cours desquelles les groupes populaires sont devenus des organismes communautaires, sont à cet égard significatives. Les OC ont stimulé l'innovation en réponse aux besoins des communautés et soutenu la création de nouvelles ressources. Ils ont appuyé les revendications des organismes communautaires dans le processus de

reconnaissance des années 1990. Au tournant des années 2000, le soutien professionnel aux organismes communautaires autonomes s'est orienté de façon plus marquée vers le développement de concertations et de partenariats avec les autres acteurs du développement local.

La contribution aux rapports des CLSC avec leur milieu, généralement marqués par la coopération, font partie de l'identité professionnelle des OC (Foisy, 2004). Ils reposent sur une expertise résultant « d'un long apprentissage », qui s'est avérée « rare et importante » pour les CLSC (Comeau *et al.*, 2008, p. 136) durant la période de communautarisation des services sociaux et de santé. Dans le contexte des années 2000 et de la création des CSSS, elle constitue un atout pour la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle et l'atteinte de leur mission. Elle se déploie cependant dans un environnement communautaire profondément transformé.

Les structures de soutien au développement des communautés se sont multipliées, en particulier au cours de la dernière décennie, et les OC ne sont plus la seule ressource dans ce domaine. Les programmes de santé publique, ceux des corporations de développement économique communautaire (CDEC), des centres locaux de développement (CLD) en économie sociale et en développement rural, les mesures des plans de lutte contre la pauvreté, celles des municipalités en développement social, etc., ont entraîné l'embauche d'intervenants dans les nouveaux « métiers du développement local et régional » (Robitaille, 2007). Les communautés locales peuvent se tourner vers leur centre local de développement pour obtenir un soutien professionnel dans les projets d'économie sociale, de développement rural ou de relance des municipalités dévitalisées. Les centres locaux d'emploi offrent des programmes de soutien à l'emploi accessibles aux organismes communautaires comme aux entreprises. Les fondations privées comme la Fondation Lucie et André Chagnon arrivent dans le paysage, introduisant leurs méthodes d'animation

des milieux dans le cadre de mandats négociés directement avec le gouvernement du Québec et dotés de fonds publics substantiels.

UN NOUVEAU CONTEXTE COMMUNAUTAIRE

De 1991 à 2001, les organismes communautaires ont obtenu une reconnaissance formelle de l'État. La Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1991 comportait la première définition légale d'un organisme communautaire (LRQ, chapitre S-4.2, art. 334). Mais c'est la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire (PRSAC) qui constitue l'avancée la plus importante, dans la mesure où elle a permis d'étendre à tous les organismes d'action communautaire le statut qui leur est reconnu en santé et services sociaux. L'action communautaire est considérée comme un soutien à l'exercice de la citoyenneté au Québec. La PRSAC adoptée en 2001 est fondée sur « le respect de l'autonomie des organismes communautaires » et un « financement en appui à la mission globale » (White *et al.*, 2008, p. 3) qui permettent aux organismes d'affirmer leur autonomie en s'inscrivant dans une « dynamique de collaboration conflictuelle » avec l'État québécois (*idem*, p. 14). Les effets structurants de cette reconnaissance ont aussi un revers : en obligeant chaque organisme à un rattachement à un seul ministère correspondant à sa mission, la PRSAC consacre une « sectorisation de plus en plus étanche de l'action communautaire » (*idem*, p. 7).

Au cours des deux dernières décennies, le soutien de l'État en termes de financement de base de l'action communautaire autonome a connu une croissance notable (Jetté, 2008). Cela crée un contexte favorable au développement de leur action, mais ne s'est guère traduit jusqu'ici en amélioration des conditions de travail de celles et ceux qui œuvrent dans les organismes. Le financement leur a toutefois permis de développer leurs services et d'avoir recours

à des professionnels, avec parfois le travers de la professionnalisation de certaines organisations dans lesquelles les salariés remplacent les citoyens aux postes de décision (Favreau, 2008, p. 139). Les organismes communautaires ont maintenant les moyens de s'imposer comme acteurs sociaux dans les projets de développement des communautés et d'établir un rapport de force politique autour des tables de concertation.

Sur le terrain du développement des communautés, on constate même l'émergence d'une nouvelle génération d'organismes communautaires. Issus des démarches de concertation, ce ne sont ni de simples tables de concertation, ni des regroupements, ni des fédérations d'organismes communautaires. Ce sont des ensembles communautaires complexes capables de fournir des bases matérielles, humaines et politiques au développement des communautés et qui partagent un certain nombre de caractéristiques. Nous avons choisi de les désigner comme des infrastructures communautaires de développement des communautés (ICDC). Ce néologisme repose sur la métaphore des équipements collectifs destinés au bien-être d'une communauté (centres culturels, installations sportives d'utilité publique, etc.) qui sont désignés comme des infrastructures communautaires, avec la nuance que les ICDC sont des organismes ou des dispositifs plutôt que des équipements collectifs. On les retrouve aussi bien en milieu métropolitain qu'urbain et rural. On peut citer, à titre d'illustration, des démarches de revitalisation urbaine comme Vivre Saint-Michel en santé à Montréal, la Démarche des premiers quartiers à Trois-Rivières ou les Partenaires pour la revitalisation des anciens quartiers de Salaberry-de-Valleyfield, de même que les approches intégrées de développement rural dans le secteur nord de Lanaudière ou en Matawinie. Ils participent à des réseaux comme Villes et villages en santé, le Réseau québécois de développement social et le Réseau québécois de revitalisation intégrée.

Au départ, les ICDC reposent sur une démarche de concertation entre partenaires locaux ou régionaux selon le niveau du territoire de mobilisation. Elles réunissent généralement des acteurs communautaires et institutionnels (CSSS, municipalités, ministères, etc.), et parfois privés, qui se constituent en initiative de la société civile. Elles disposent de ressources autonomes de soutien à la fois aux processus de concertation, d'une part, et à la mobilisation et à la participation citoyenne, d'autre part. Enfin, et c'est leur marque distinctive, elles sont orientées sur le développement des communautés : elles interviennent sur un ou des territoires d'appartenance clairement définis dans une perspective de répondre collectivement à des problématiques collectives en vue d'une amélioration du bien-être et de la participation sociale des populations, en particulier celles qui sont défavorisées. Les ICDC mettent donc en œuvre les méthodes de l'organisation communautaire.

L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE EN CSSS À L'ÈRE DES ICDC

Dans un tel contexte, l'organisation communautaire en CSSS demeure-t-elle pertinente ? Les organismes d'action communautaire autonome peuvent trouver ailleurs et certains ont même les moyens de s'offrir le soutien que les OC des CLSC ont longtemps été les seuls à pourvoir. Dans les CSSS, l'approche communautaire a moins la cote soit parce qu'on ne la connaît pas, soit parce que d'autres paradigmes d'intervention sont privilégiés. Les OC sont-ils des nostalgiques d'une époque où leur contribution était déterminante pour le milieu et pour l'établissement ? Une recherche menée dans trois milieux distincts (métropolitain, urbain et rural) auprès de responsables d'ICDC, d'OC et de cadres de CSSS fournit des indications intéressantes (Lachapelle *et al.*, 2009). Nous avons procédé à des entrevues dans ces milieux avec des OC, leur responsable immédiat au CSSS et des dirigeants d'ICDC. L'analyse

de contenu de cette vingtaine d'entrevues nous a permis de dégager des points communs par-delà les caractéristiques locales et d'identifier les éléments de pertinence de la contribution des OC.

Dans ces trois communautés dont le profil communautaire est du plus haut calibre, tous nos informateurs considèrent que la création d'une ICDC répondait à un plafonnement de l'action communautaire. Cette innovation a permis d'ouvrir un espace de négociation entre divers acteurs et de faire monter d'un cran l'intensité de l'action, en maintenant une vision globale au moment où les concertations ne fonctionnaient plus, et en rendant possible une action politique pour accroître les ressources de la communauté. Les ICDC agissent comme une instance de médiation et de négociation. Elles établissent sur le terrain de nouveaux rapports entre la municipalité, le réseau de la santé et des services sociaux, les autres acteurs institutionnels et le milieu communautaire. Ce sont toutefois des organisations qui demeurent fragiles puisqu'elles dépendent de financements qui, sans être précaires quant au volume, demeurent un soutien ad hoc dans des cadres qui ne relèvent pas de la PRSAC, mais de fondations privées, de projets pilotes, etc.

Sur les trois territoires étudiés, les OC des CLSC ont été étroitement associés à la mise en place de ces infrastructures et, à l'heure des CSSS, ils demeurent, du point de vue des dirigeants des ICDC, des passeurs entre des organisations dont les cultures diffèrent. Cette fonction de liaison repose sur le fait qu'ils comprennent comment les choses se passent à l'interne des institutions aussi bien que sur le terrain communautaire. Même si la création des CSSS a fait en sorte que les directions des deux organisations sont directement en lien, notamment en vertu du mandat confié aux CSSS d'établir un projet clinique en partenariat avec le réseau local de services, ce rôle de liaison des OC demeure pertinent. On souligne aussi que ceux-ci prennent en compte l'ensemble du milieu et savent se situer au-delà des intérêts sectoriels. Ils connaissent les déterminants

sociaux de la santé et développent une analyse locale souvent en partenariat avec les acteurs locaux du développement : Société d'aide au développement des collectivités (SADC), Centre local de développement (CLD), Carrefour jeunesse-emploi (CJE), etc. Ils demeurent des accompagnateurs des processus de réflexion à partir de l'action, qui font émerger de nouveaux leaders communautaires. Enfin, ils se distinguent des autres intervenants en développement par leur préoccupation de soutenir la participation citoyenne. Les intervenants des ICDC considèrent que l'engagement du CSSS n'a pas fléchi quant au soutien aux organismes communautaires, même s'ils estiment que la formalisation des règles administratives rend plus difficile l'accès aux OC.

Du côté des OC, il y a une préoccupation quant à la contrainte qu'entraîne la modification de leurs rapports avec la direction. La structure hiérarchique des CSSS fait en sorte que la direction n'arrive pas toujours à mettre à profit l'expertise de ses professionnels de l'organisation communautaire lorsqu'elle est en rapport direct avec le milieu communautaire. La marge de manœuvre des OC s'est modifiée dans le passage des CLSC aux CSSS. Dans les CLSC, les directions s'attendaient à ce que ses OC soient proches des groupes communautaires, y compris quand ceux-ci ont des revendications à faire valoir. Avec la création des CSSS, les rapports entre les OC et la direction ne favorisent plus ce niveau de confiance mutuelle qui résultait de la proximité quotidienne vécue dans les CLSC. C'est cette confiance qui permettait de ne pas opposer loyauté à l'établissement et solidarités communautaires.

Les cadres des CSSS rencontrés sont conscients de la situation et estiment qu'il revient aux OC de faire leur place dans l'établissement en faisant reconnaître leur expertise et en l'inscrivant dans la nouvelle donne des rapports avec le milieu. Ils apprécient la connaissance du milieu que les OC peuvent leur fournir, mais ils estiment que ceux-ci doivent prendre en compte qu'ils ne sont pas les seuls à disposer de cette information. Les directions

générales ou les cadres supérieurs qui représentent le CSSS dans les instances communautaires ont aussi des entrées directes dans les organismes. Les OC ne sont donc plus des interlocuteurs obligés pour traiter avec les organismes communautaires. Ils doivent faire reconnaître dans le CSSS leur contribution spécifique, notamment leur complicité avec les dirigeants des ICDC, comme source précieuse d'informations stratégiques sur le milieu, ses préoccupations et leur rapport avec la mission du CSSS.

LES ATTENTES COMMUNAUTAIRES À L'ÉGARD DES OC

On attend des OC qu'ils soient des accompagnateurs de milieu; que leur expertise des processus d'action communautaire favorise la participation citoyenne; qu'ils assument un leadership dans le sens du bien commun; qu'ils soient des agents de liaison et de médiation entre les partenaires du milieu et qu'ils interviennent dans le cadre d'un engagement du CSSS.

Accompagnateurs de milieu

Nous sommes passés d'une période de développement de ressources communautaires – grosso modo la période d'implantation des CLSC et les deux décennies qui ont suivi – à une période de développement de communautés. Alors que les OC ont davantage investi jusqu'au milieu des années 1990 dans la mobilisation de citoyens et le soutien à la création de nouvelles ressources, il y a maintenant moins de démarrage de groupes et ce sont plutôt les groupes en place ou les nouvelles ICDC qui développent des projets communautaires. La redéfinition de la profession doit prendre en compte la maturité des infrastructures communautaires. L'organisation commu-

nautaire doit être reconnue comme une offre de services au milieu, qui répond aux exigences du CSSS en termes d'approche populationnelle et aux besoins des communautés en termes de développement durable. On s'attend donc à ce que les OC soutiennent les groupes dans lesquels les citoyens contribuent activement à des démarches de concertation et de développement local. Les OC se voient comme des accompagnateurs plutôt que des experts, leur contribution reposant sur le soutien au potentiel des personnes et des communautés. Ils doivent savoir piloter des processus sans se substituer aux acteurs du milieu qui doivent demeurer maîtres des choix. Être en somme, selon le mot d'un OC, « des accompagnateurs de milieu » plutôt que des accompagnateurs de groupes.

Expertise des processus et participation citoyenne

En développement des communautés, la participation est déterminante : intervenir **avec** la communauté distingue le point de vue de l'organisation communautaire des programmes pensés **pour** la communauté par des experts estimant savoir ce qui répond aux besoins des milieux. L'organisation communautaire n'est pas une technique pour livrer des services mieux ciblés, mais une pratique reposant sur les processus par lesquels une population prend part à la définition de ses attentes et des réponses à y donner. Il est déterminant pour les OC d'avoir les moyens de garder le contact avec la population et d'entretenir des rapports directs avec les citoyennes et citoyens de façon à soutenir leur volonté de participation. Les attentes du milieu à l'égard des OC portent à la fois sur leur savoir-faire quant aux processus et leur expertise du milieu : amener les gens à faire un diagnostic continu, avoir du plaisir à le faire et ne pas tomber trop vite dans l'action. Bref, mettre en œuvre les principes d'action-réflexion-action de l'éducation populaire avec lesquels sont familiers les organismes communautaires.

Leadership et bien commun

On reconnaît les OC comme leaders parce qu'ils sont centrés sur le milieu et font preuve de largeur de vue pour prendre en compte les intérêts différents et les cultures organisationnelles divergentes. Un responsable d'ICDC estime que : « De la façon dont ils sont positionnés, ils sont à même de voir globalement les besoins du milieu. » Il ajoute s'attendre donc à ce « qu'ils aient des positions sur les enjeux du quartier, annoncent leurs couleurs et contribuent au débat » en identifiant les enjeux de lutte contre la pauvreté et les défis posés par les déterminants sociaux de la santé bien sûr, mais aussi en sachant dépasser la concertation sectorielle pour intégrer les contributions de plusieurs réseaux. L'établissement de coalitions et de réseaux et le travail avec des tables de concertation sont des processus complexes appelant ce leadership de milieu que les dirigeants des ICDC reconnaissent aux OC. Ce sont des actions dans lesquelles, selon Comeau *et al.* (2008, p. 44-45), les OC se sentent à l'aise : ces auteurs rapportent que le tiers des OC affirmaient en 2003 travailler à former des coalitions et un sur cinq, avec une table de concertation, ce qui serait nettement en augmentation depuis. Plusieurs ont souhaité que les OC exercent un leadership rassembleur en développement des communautés. Héritiers de plusieurs décennies de pratique dans ce domaine, les OC sont porteurs de perspectives qui dépassent et englobent les initiatives sectorielles. Du fait de la durée de leur présence, les OC sont aussi la mémoire de l'action communautaire aussi bien des groupes que des démarches de milieu, une contribution essentielle pour la compréhension des enjeux.

Liaison et médiation

Les OC se perçoivent eux-mêmes comme des catalyseurs, des agents de liaison qui savent « voir comment chacun des partenaires va y trouver son compte » et rallier des

acteurs de cultures organisationnelles différentes. Ce sont des intervenants habitués à vivre avec l'exigence d'un métier qui se pratique aux frontières des secteurs dont on déplore aujourd'hui le fonctionnement en silos. Encore faut-il réunir les conditions pour que cela soit possible, aussi bien en termes de rapports de confiance entre la direction et les OC, qu'en termes d'engagement du CSSS en développement des communautés.

Les ICDC disposent de nouvelles ressources financières pour intervenir sur les problématiques d'appartenance communautaire, de solidarité sociale et de revitalisation de milieux mal développés. Elles sont des partenaires majeurs des institutions; elles génèrent de nouvelles réponses aux besoins collectifs de ces milieux, suscitent de nouveaux leaderships et appellent à la création de nouveaux outils de développement des communautés. Elles reposent sur des démarches de concertation et on y retrouve des OC qui partagent avec ceux des CSSS une compétence d'animation citoyenne et d'action communautaire. Elles n'en attendent pas moins que les CSSS, du fait de leur statut d'établissement public, contribuent à leur développement. Les ICDC dépendent encore de financements sur mesure donc relativement précaires, d'où l'importance des rapports de complicité avec les OC des CSSS.

Engagement des CSSS en développement des communautés

L'organisation communautaire en CSSS s'ajuste, mais elle se cherche aussi: les rapports avec les organismes communautaires demeurent solides, mais le développement des communautés n'est pas une évidence dans tous les CSSS. Une indication de cela, c'est la décision de certaines directions de ne pas favoriser la participation des OC à des formations spécifiques, voire l'interdiction de participer à des rencontres à l'extérieur du territoire, notamment aux rencontres régionales et nationales du RQIIAC, sous

prétexte que cela ne se fait pas dans les autres professions. Ce faisant, ils contreviennent aux principes du soutien au développement des communautés, qui ne se limite pas à la mise en œuvre de techniques établies, mais exige une analyse d'enjeux sociaux et politiques, qui ne peut se développer que dans des interactions à de multiples niveaux. La promotion de politiques publiques, constitutive du développement des communautés (INSPQ, 2002), passe nécessairement par des débats et des interventions à l'échelle des régions. C'est à ce niveau que les conférences régionales des élus (CRE) et les agences de la santé et des services sociaux assurent la livraison des politiques québécoises. Une démarche comme celle du Collectif pour un Québec sans pauvreté montre que c'est aussi à l'échelle des travaux de l'Assemblée nationale que doit s'ouvrir l'action sur les déterminants sociaux de la santé. L'adoption de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale* (LRQ, ch. L-7) est le résultat d'un long processus d'organisation communautaire auquel le RQIIAC a activement contribué. Du point de vue des OC, un CSSS engagé en développement de sa communauté doit favoriser l'élargissement de l'expertise de ses OC à toutes les échelles de l'action citoyenne.

CONCLUSION

La pertinence de l'organisation communautaire en CSSS tient à ce que les OC sont capables de distance critique pour amener les démarches à se centrer sur le milieu et renouveler l'action communautaire. Dans les ICDC, on compte sur eux pour former de nouveaux leaders et soutenir la participation citoyenne. Ils contribuent à l'analyse des déterminants sociaux de la santé parce qu'ils ont une bonne connaissance du milieu et ont accès à l'expertise de la santé publique. À cet égard, la responsabilité de santé publique des CSSS présente un nouveau défi. Les

OC relèvent de directions qui ne connaissent pas nécessairement l'expérience communautaire des CLSC, et sont confrontés à des experts qui pensent la santé dans une perspective davantage épidémiologique que communautaire. Mais ils maîtrisent un savoir-faire sur lequel mise la santé publique pour agir sur les déterminants sociaux et réduire les inégalités sociales de santé. Ne serait-il pas opportun de susciter et de soutenir des alliances pour que le développement des communautés occupe une meilleure place dans la définition des projets cliniques des CSSS? Les OC savent rallier des partenaires dont les perspectives sont différentes: sauront-ils le faire dans leur CSSS au profit du développement des communautés?

L'existence des ICDC manifeste un saut qualitatif dans la contribution des réseaux locaux, et en particulier du milieu communautaire au développement des communautés. Les apports attendus des OC dans ces démarches appellent le passage à un autre niveau de pratique, mieux ajusté aux défis actuels des milieux, défis de cohésion sociale, mais aussi défi de redéfinition du développement en fonction des enjeux du XXI^e siècle: préserver les écosystèmes et aménager les territoires de façon durable avec la participation des populations concernées.



La structuration de la profession dans les CSSS

*Dominic Foisy, Denis Bourque
et René Lachapelle*

La place de l'organisation communautaire à l'intérieur des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux s'est transformée constamment depuis la mise en place des CLSC. Plusieurs auteurs ont documenté cette relation particulière entre ces professionnels de l'organisation communautaire et leurs établissements, démontrant l'interdépendance de leur évolution respective (Hurtubise *et al.*, 1989; Doucet et Favreau, 1991; Bourque, 1997; Lachapelle,

2007; Comeau *et al.*, 2008). En fait, on constate que loin d'être mus par un corporatisme fermé, les OC de CLSC ont fait la promotion de leur pratique au sein de leur établissement dans une perspective de pérennité du soutien à l'action communautaire. La légitimité construite au fil du temps s'est donc érigée autant sur le socle de cette double allégeance entre la communauté et l'établissement que sur cette capacité de transformer en pratique la mission communautaire des établissements du réseau public.

La réforme du réseau de la santé et des services sociaux amorcée en 2003 a modifié la position des équipes d'organisation communautaire dans l'établissement et interpellé même, à certains endroits, la légitimité de cette pratique professionnelle. Par exemple, des postes d'organisateur communautaire ont été transformés en postes d'agents de planification, de programmation et de recherche. Toutefois, la thèse que nous défendons ici est que les équipes d'organisation communautaire réagissent aux transformations de leur environnement afin d'assurer la pérennité de la mission communautaire des CSSS, une mission de promotion de l'action communautaire autonome, aussi bien que de participation aux concertations communautaires.

Cette volonté amène les OC à utiliser leurs acquis historiques, en termes de connaissances, compétences et expériences, afin de mettre en place une série de mécanismes d'encadrement et de soutien à la pratique à l'intérieur de la nouvelle conjoncture institutionnelle. Les stratégies avancées varient certes d'un CSSS à l'autre, quoique des tendances se dessinent. C'est dans cette perspective que nous analysons les démarches entreprises par certaines équipes pour assurer un rattachement administratif et une présence optimale des équipes d'organisation communautaire; l'émergence de la fonction de coordination et de supervision professionnelle en organisation communautaire et, enfin, les processus d'élaboration de cadres locaux de référence et de planification stratégique en organisation communautaire.

Il apparaît que les différents mécanismes mis en place visent à pérenniser la contribution spécifique des équipes d'organisation communautaire à la mission des CSSS, mais aussi à transmettre des savoirs d'une pratique riche de son expérience. L'ensemble de ces actions et démarches vise à assurer la légitimité de l'organisation communautaire, ainsi que celle de la mission communautaire au sein des CSSS.

L'argumentaire du présent chapitre repose sur une série de constats réalisés tant par une recherche récente sur la coordination et la supervision professionnelle en organisation communautaire (Foisy *et al.*, 2009), que par l'accompagnement d'équipes d'organisation communautaire en CSSS dans la réalisation de cadres de référence locaux.

DES CLSC AUX CSSS, UNE MUTATION DU CONTEXTE DE TRAVAIL ET DU RATTACHEMENT ADMINISTRATIF DES ÉQUIPES D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

L'avènement des CSSS a engendré une reconfiguration non seulement des structures organisationnelles, mais aussi des rapports internes de pouvoir et d'influence. À l'intérieur des CLSC, les équipes d'organisation communautaire étaient souvent de petite taille. La structure organisationnelle de ces établissements de première ligne était caractérisée par une organisation du travail très intégrée (Larivière, 2005), qui avait pour conséquence que les gestionnaires d'équipe avaient souvent une bonne connaissance de la pratique d'organisation communautaire et pouvaient par le fait même assumer les responsabilités de coordination et de supervision professionnelle auprès des intervenants. De plus, assez fréquemment, les OC relevaient directement de la direction générale ou y avaient accès assez aisément.

Dans le cadre actuel des CSSS, les OC sont confrontés à de nouvelles réalités, tant au plan des relations organisationnelles avec les gestionnaires que professionnelles entre

pairs. Sur le plan de leur rapport avec les différents acteurs de l'établissement, deux transformations influencent leur situation. D'une part, leur supérieur immédiat n'a souvent ni les connaissances ni la disponibilité pour assurer un encadrement et un soutien professionnel. D'autre part, la multiplication des paliers hiérarchiques qui séparent les organisateurs communautaires de la direction générale entraîne un changement significatif dans les possibilités de s'exprimer sur certaines décisions qui ont une influence sur le développement des communautés de leur territoire d'intervention.

En ce qui a trait aux rapports entre pairs, la fusion des équipes d'organisation communautaire appelle la coopération et la collaboration entre OC qui proviennent de milieux de pratique de cultures différentes. Regroupés, ils doivent trouver des mécanismes de fonctionnement communs pour orienter, encadrer et légitimer leur pratique professionnelle.

Dans le cadre d'une recherche (Foisy *et al.*, 2009), un sondage a été acheminé aux équipes d'organisation communautaire afin de recueillir des informations particulières sur leur situation organisationnelle dans les CSSS. La trentaine de réponses reçues nous a permis de distinguer deux principaux types de rattachement administratif pour ces équipes. Un peu plus du quart des équipes répondantes affirme que les organisateurs communautaires sont déployés dans différents programmes et relèvent hiérarchiquement de directions distinctes. Ils sont répartis dans les équipes programmes et ont des interactions professionnelles variables (réunions occasionnelles ou statutaires, activités de formation conjointes, etc.). Nous définissons cette forme de rattachement de *modèle de l'étalement*. À l'inverse, près des trois quarts des équipes se retrouvent dans le *modèle de concentration*. Cette forme de rattachement administratif regroupe l'ensemble des OC à l'intérieur d'une même équipe. Le fait que notre collecte de données était limitée ne nous empêche pas d'identifier les forces et les limites de chacun de ces deux modèles.

Modèle de l'étalement

Forces	Limites
<p>Assure l'arrimage structurel des OC avec les programmes-clientèles et les équipes multidisciplinaires.</p> <p>Détermine une ligne d'autorité directe entre gestionnaires de programme et OC impliqués.</p> <p>Peut permettre d'éviter l'isolement de l'organisation communautaire comme pratique dans le CSSS par le rattachement à plusieurs programmes.</p> <p>Peut donner accès à davantage de sources de financement pour les activités de formation et de mise à jour professionnelle en organisation communautaire.</p>	<p>Favorise l'axe « soutien aux programmes » dans l'offre de services en organisation communautaire, mais complexifie la gestion des autres axes : développement des communautés, soutien aux organismes du milieu, actions transversales sur les déterminants sociaux de la santé.</p> <p>Peut induire des disparités plus ou moins importantes dans la gestion des demandes, dans les modes de collaboration avec les partenaires communautaires, ainsi que dans les pratiques professionnelles d'organisation communautaire selon les approches et sensibilités des différentes directions qui encadrent les OC.</p>

Modèle de concentration

Forces	Limites
<p>Favorise la cohérence dans l'offre de services et les pratiques professionnelles en organisation communautaire.</p> <p>Permet de développer une meilleure compréhension des besoins et de la dynamique du territoire du CSSS par la mise en commun des analyses et expertises des OC.</p> <p>Permet de faire converger et d'intégrer les interventions et initiatives du CSSS en matière de relations avec le milieu.</p> <p>Rend possible le développement d'un service d'organisation communautaire qui a une capacité d'initiative et de proposition pour l'ensemble du CSSS et du territoire.</p>	<p>Exige la mise en place de mécanismes de liaison efficaces et une certaine complicité entre les directions de programme et la direction responsable de l'équipe unifiée des OC.</p> <p>Nécessite l'identification de mécanismes d'arrimage entre les OC et les programmes tant au plan des équipes multidisciplinaires que des directions concernées.</p> <p>Peut mener à l'isolement ou à la marginalisation de l'organisation communautaire si les relations avec les autres programmes sont trop faibles ou non significatives en termes de projets ou de mandats communs.</p>

Modèle de concentration (suite)

Forces	Limites
<p>Permet une gestion d'ensemble et coordonnée des axes de l'offre de services en organisation communautaire au CSSS (gestion des demandes des partenaires, établissement des priorités, etc.).</p>	<p>Risque de représenter une perte pour les équipes des autres programmes quant à la connaissance des besoins et de la dynamique du milieu si les OC agissent moins comme interface entre eux et le milieu.</p>
<p>Évite le cloisonnement de certains axes de l'offre de services dans un ou des programmes et permet l'implication d'une pluralité d'OC dans le développement des communautés territoriales.</p>	<p>Peut mener à une certaine rigidité des pratiques en organisation communautaire, non favorable à l'innovation et au renouvellement des pratiques, lorsque tous les OC relèvent de la même direction (plutôt que de directions distinctes), si cette dernière fait preuve d'une gestion standardisée et directive.</p>
<p>Permet une centralisation des ressources en organisation communautaire et facilite l'affectation des OC dans les dossiers selon leurs compétences plutôt que leur appartenance à un centre d'activités ou à un programme.</p>	<p>Risque de placer les OC en tiraillement entre les demandes des directions de programmes auxquelles ils sont affectés sur une base professionnelle et les demandes de leur supérieur immédiat, duquel ils relèvent hiérarchiquement.</p>
<p>Facilite les affectations temporaires dans les situations d'absence maladie ou autres des OC détenteurs de poste.</p>	<p>Peut donner accès à moins de sources de financement pour le développement de postes en organisation communautaire.</p>
<p>Favorise le développement professionnel des OC par l'appartenance à une équipe offrant une plus grande possibilité de soutien entre pairs et de partage d'expertises.</p>	
<p>Situe les OC parmi les ressources rares des établissements qui doivent offrir des services à plusieurs équipes interdisciplinaires.</p>	

Malgré les avantages et les limites de chacun de ces modèles, il apparaît que le rattachement administratif le plus répandu et démontrant le plus de potentiel pour l'organisation communautaire est le modèle de concentration. Comeau *et al.* (2008) reconnaissent des avantages à ce modèle, puisqu'il facilite la reconnaissance de l'organisation communautaire à l'intérieur des établissements, la concertation et l'échange d'expertise et le renforcement de

l'identité professionnelle. Parmi les éléments qui militent en faveur de ce modèle, l'aide entre les pairs est importante. Dans le cadre de notre enquête, plus des deux tiers des équipes affirment que l'aide entre les pairs, formelle ou informelle, est la principale stratégie dans leur milieu pour assurer une forme de soutien à la pratique professionnelle. Nous approfondirons cet aspect lors de notre discussion sur la supervision professionnelle.

Dans le cadre du modèle de concentration, afin de contourner les risques d'isolement de l'équipe d'organisation communautaire, des mécanismes sont mis en place dans certains CSSS. Parmi ceux-ci, on affecte (sur une base fonctionnelle et non hiérarchique) chacun des OC à un programme-clientèle pour un nombre déterminé de jours par semaine. Les journées résiduelles sont orientées vers des mandats de développement des communautés, de soutien aux organismes du milieu et aux actions transversales sur les déterminants sociaux de la santé. Ce mécanisme permet d'assurer une contribution des OC aux équipes du CSSS sans limiter leur pratique à cette unique dimension.

Ce type de rattachement administratif et de fonctionnement a amené certains CSSS, à la demande des équipes d'organiseurs communautaires ou à tout le moins avec leur accord, à désigner l'un des leurs à titre de coordonnateur professionnel. Ces derniers se voient octroyer un mandat d'interface, d'abord entre les OC, puis entre l'équipe d'organisation communautaire et les différentes directions du CSSS.

COORDINATION PROFESSIONNELLE

La fonction de coordination professionnelle n'est pas récente dans le milieu de la santé et des services sociaux. Cette dernière est reconnue et encadrée par les conventions collectives des différents syndicats présents dans le milieu (CSN, APTSQ), et elle est pratiquée dans plusieurs

équipes de travail multidisciplinaires. Préalablement à la création des CSSS, quelques organisateurs communautaires assumaient déjà cette fonction dans leur équipe en CLSC. Toutefois, dans le cadre des nouvelles équipes fusionnées en CSSS, la nomination d'organiseurs communautaires à cette fonction semble devenir une tendance d'importance croissante. Cette croissance s'explique en partie par la transformation des tâches des gestionnaires dans le cadre d'établissements de grande taille et du développement de la nouvelle gestion publique. Les nouvelles fonctions des gestionnaires les éloignent des rapports d'un chef d'équipe de proximité (Loubat, 2000) et des préoccupations professionnelles des intervenants. Les coordonnateurs professionnels viennent donc combler, en partie, la distance créée entre les gestionnaires et les équipes de professionnels et assumer certaines tâches qui incombait aux supérieurs immédiats dans les CLSC.

Si la fonction de coordination professionnelle existe dans d'autres équipes de professionnels, la situation des OC est particulière. Tout d'abord, parce qu'elle se déploie dans le cadre d'établissements de grande taille, où la place de l'organisation communautaire dans l'organigramme a changé. Alors que, dans les CLSC, les OC avaient accès facilement et régulièrement à la direction générale compte tenu de leur rôle stratégique d'interface avec le milieu, le cadre institutionnel des CSSS a relégué, dans bien des endroits, les équipes d'organisation communautaire dans une position éloignée de la direction générale et donc, des sphères où s'établissent les orientations de l'établissement dans ses rapports avec la communauté. Cette distance a une incidence importante. L'impact de l'organisation communautaire dans les milieux est proportionnel à la cohésion entre la pratique des OC et les orientations de l'établissement. Cette cohésion est facilitée lorsqu'il y a un échange soutenu entre la direction générale et les équipes d'organisation communautaire.

Second trait particulier, la coordination intervient dans une équipe monodisciplinaire dont les membres peuvent provenir d'écoles de pensée différentes, tout en partageant un ensemble de valeurs propres à l'organisation communautaire : fort attachement aux rapports égalitaires et résistance à admettre entre eux des rapports hiérarchiques, importance des démarches démocratiques et participatives, respect des différences, etc. C'est ce qui explique en grande partie l'importance de l'entraide, formelle ou informelle, entre pairs comme stratégie de soutien et de développement professionnel. La question du respect des différences prend racine dans une longue tradition chez les organisateurs communautaires, où la différence dans les pratiques des membres est devenue une source d'innovation et d'enrichissement collectif. C'est ce qui explique en grande partie l'ensemble des innovations créées par ces praticiens au fil des dernières décennies. En somme, la création d'équipes d'organisation communautaire repose sur le respect de la différence entre des membres qui doivent développer un minimum de cohésion pour travailler ensemble, sans pour autant standardiser leurs pratiques. Dans ce cadre, la fonction de coordination professionnelle nécessite des compétences spécifiques, des conditions précises et un doigté particulier.

Notre recherche (Foisy, Bourque et Lachapelle, 2009) a permis d'identifier les principales responsabilités et fonctions assumées par les coordonnateurs professionnels en organisation communautaire, fournissant une sorte de définition des tâches qui caractérisent la fonction :

- coordination des activités de l'équipe d'intervenants : de la préparation des ordres du jour et des comptes-rendus à la rédaction de documents de réflexion sur des sujets précis ;
- circulation de l'information entre les cadres et l'équipe d'organisateur communautaires et représentation des attentes des OC auprès des gestionnaires ;

- soutien au fonctionnement de l'équipe dans le cadre organisationnel du CSSS;
- traitement des nouvelles demandes provenant tant de l'interne que de l'externe;
- accueil et intégration des nouveaux OC;
- soutien entre pairs.

Ces tâches relèvent de logiques différentes. Un texte de Bernard De Backer (2002) traitant de l'évolution des pratiques de supervision professionnelle fournit une typologie qu'il nous semble pertinent d'appliquer ici, compte tenu des liens existant entre coordination et supervision professionnelle des équipes d'organisation communautaire. Cela nous permet de mieux circonscrire la nature et le sens de ces dernières. L'auteur identifie trois sphères d'action de la supervision professionnelle: l'organisation institutionnelle; la relation dans et avec l'équipe et la relation avec les usagers. La fonction de coordination professionnelle se situe à l'interface de ces différentes logiques d'action. Elle permet d'assurer la présence de l'organisation communautaire en milieu institutionnel en nommant une personne chargée d'assurer une communication permanente entre l'équipe d'organisation communautaire et les autres composantes institutionnelles du CSSS. Elle favorise aussi la mise en place d'une vie d'équipe structurée assurant une contribution de la pratique de l'organisation communautaire à la mission des CSSS. Elle assure également le développement professionnel des organisateurs communautaires en offrant à ces derniers la possibilité d'être partie prenante d'une démarche de réflexion individuelle et collective. Enfin, elle contribue à un processus participatif de traitement en équipe des demandes d'intervention. L'équipe en organisation communautaire devient donc un endroit formel d'échange et de soutien professionnel entre pairs et contribue, dans une certaine mesure, à un type de supervision professionnelle de groupe.

SUPERVISION PROFESSIONNELLE

L'objectif de la supervision professionnelle est notamment d'accompagner «des individus ou des équipes de travail afin de les aider à résoudre leurs difficultés et les conduire vers l'autonomie, ceci en mobilisant leurs ressources» (De Backer, 2002, p. 13). En fait, la supervision professionnelle devient une stratégie permettant aux intervenants de faire face aux défis reliés à la complexification des problèmes sociaux, mais aussi une stratégie de gestion permettant d'atténuer les tensions en période de transformation comme celles engendrées par reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux (Villeneuve, 2005), la mise en place de nouvelles stratégies de gestion (Larivière, 2005) ou encore l'arrivée d'une nouvelle génération d'intervenants.

La recherche a mis en évidence que les coordonnateurs professionnels rencontrés n'arrivent pas à circonscrire clairement ce qui, dans leurs tâches, correspond à des activités de supervision. Cette difficulté s'explique par la diversité des fonctions de la supervision professionnelle qui recouvre des fonctions à la fois d'administration (planification, organisation et évaluation des interventions), d'enseignement (lien entre la pratique et la théorie) et de soutien (réduire le stress, apprendre de ses erreurs) (Kadushin, 1976 dans Villeneuve, 2005). L'ensemble des coordonnateurs professionnels rencontrés, qui ne se sent pas en mesure d'affirmer faire de la supervision professionnelle, reconnaît en assumer les tâches: ils accompagnent leurs pairs dans la réalisation de cadres de référence ou la préparation des rencontres d'équipe (fonction administrative), ils animent les rencontres d'équipe (fonction de soutien) et ils accueillent et aident les nouveaux organisateurs communautaires (fonction d'enseignement).

Le second facteur expliquant cette distanciation relève de la nature même de l'organisation communautaire. Les coordonnateurs professionnels construisent leur pratique de supervision en s'inspirant des notions et principes de base de la profession. Ils misent notamment sur une approche de groupe où ils facilitent les échanges entre les pairs afin de soutenir la réflexion sur les questions organisationnelles (rattachement administratif, rapport aux autres équipes du CSSS, etc.), institutionnelles (contribution à la mission des CSSS) ou professionnelles (cadre de référence de la pratique, priorisation des mandats, etc.). Ils se positionnent clairement en faveur d'une approche démocratique, appuyée sur la reconnaissance des forces des membres de l'équipe. En fait, les coordonnateurs professionnels, s'ils reconnaissent exercer un leadership d'influence, évitent de se retrouver dans une position d'autorité au nom même des rapports égalitaires qu'ils privilégient. Spontanément, ils partent d'une perspective de groupe, stimulent la participation des pairs (comité d'évaluation et d'orientation des demandes de services), partagent les responsabilités (intégration et mentorat des nouveaux intervenants) et misent sur les discussions pour résoudre les difficultés (discussion de cas). Bref, la supervision professionnelle semble s'actualiser implicitement sans que soit reconnue sa particularité, c'est-à-dire une forme d'institutionnalisation d'une pratique historique de soutien informel entre pairs.

Le dernier facteur expliquant la distanciation des coordonnateurs professionnels avec leur fonction de supervision réside dans l'expérience organisationnelle antérieure. Les organisateurs communautaires proviennent de CLSC qui avaient une culture organisationnelle particulière aux petites organisations. D'une part, les gestionnaires de l'époque cumulaient les responsabilités cliniques et administratives, de sorte que l'on ne distinguait pas toujours clairement l'administration, la coordination et la supervision. D'autre part, la culture des organisations de petite taille comme les CLSC favorisait aussi une plus grande coopération entre pairs. Il arrivait fréquemment

que les difficultés reliées à la pratique se réglent dans un échange avec un collègue du même établissement ou encore lors de rencontres régionales du RQIIAC.

Outre le soutien entre pairs, notre enquête nous a permis d'identifier chez une minorité de répondants deux modèles de supervision professionnelle actuellement en cours à l'intérieur des CSSS. Le modèle **supervision-encadrement assimilés** se définit par la coexistence de la supervision professionnelle et de l'encadrement administratif assumés par le supérieur immédiat. Le modèle **supervision-encadrement complémentaires** mise sur une distinction des fonctions de supervision professionnelle et d'encadrement administratif, la fonction de supervision étant assumée par une personne différente du supérieur immédiat. Trois scénarios sont alors possibles et nous les avons retrouvés dans sept CSSS sur trente-quatre lors de notre sondage: supervision par un conseiller cadre du CSSS qui n'est pas le supérieur immédiat (1 sur 34); supervision par un OC nommé par le CSSS en tant que coordonnateur professionnel (5 sur 34) et supervision par un consultant externe (1 sur 34). Les deux modèles généraux présentent chacun des forces et des limites.

Modèle supervision-encadrement assimilés

Forces

Assure la cohérence maximale entre supervision professionnelle et encadrement administratif.

Exige moins de temps pour les OC qui reçoivent de la même personne, et dans la même rencontre, à la fois la supervision et l'encadrement.

Ne représente pas de coûts additionnels pour la supervision.

Permet une plus grande cohérence entre l'attribution des mandats et le cheminement professionnel des OC.

Limites

Exige des connaissances professionnelles en organisation communautaire de la part du supérieur immédiat.

Peut amener des OC à s'autocensurer quant aux difficultés professionnelles vécues et quant à leurs limites dans l'intervention.

Exige disponibilité du supérieur immédiat pour répondre rapidement aux besoins de supervision professionnelle dans certains dossiers très actifs ou auprès des nouveaux OC recrutés.

Modèle supervision-encadrement complémentaires

Forces	Limites
<p>Permet un plus grand soutien professionnel.</p> <p>Favorise le développement professionnel des OC en distinguant et en valorisant la fonction de supervision professionnelle.</p> <p>Met à contribution le savoir expérientiel de superviseurs ayant démontré leurs capacités au fil des années.</p> <p>Dans le cas des coordonnateurs professionnels, permet la présence d'une personne cumulant à la fois une excellente connaissance de la pratique, du milieu et du contexte institutionnel, ce qui assure une plus grande efficacité.</p>	<p>Comporte des coûts supplémentaires : conseiller clinique, coordonnateur professionnel parmi les OC ou consultant externe.</p> <p>Peut occasionner un isolement professionnel pour le coordonnateur professionnel si les rôles et responsabilités qui distinguent le gestionnaire et le coordonnateur ne sont pas clairement identifiés auprès de l'équipe. Dans ce cas, tout comme dans le modèle précédent, il y aura risque d'autocensure.</p> <p>Pour le coordonnateur professionnel, il y a possibilité d'épuisement ou de découragement si on ne lui offre pas la chance de développer ses compétences en supervision professionnelle, une sorte de supervision des superviseurs.</p>

La supervision ou le soutien professionnel dans les CSSS se présente comme suit : un tiers des pratiques sont de l'ordre de la supervision-encadrement assimilés ; un cinquième relève du modèle de supervision-encadrement complémentaires et deux tiers se retrouve encore aujourd'hui essentiellement à miser sur le soutien, formel ou informel, entre pairs. Le total indique que dans certains milieux, on combine l'un ou l'autre type de supervision avec le soutien entre pairs. On observe par contre que la majorité des équipes considère ne pas avoir de supervision professionnelle formelle et mise donc sur l'entraide.

Compte tenu de l'ampleur des tâches des cadres intermédiaires en CSSS, de la diversité des corps professionnels sous leur responsabilité, de la complexification des problèmes sociaux et des communautés, de l'arrivée massive d'une nouvelle génération d'organiseurs et organisatrices communautaires, l'unique soutien informel entre pairs risque d'être insuffisant. Il apparaît pertinent d'institu-

tionnaliser les pratiques de supervision professionnelle. Le modèle optimal serait celui de la supervision-encadrement complémentaires. Le scénario le plus intéressant alors serait de confier la supervision à un coordonnateur professionnel choisi parmi les OC de l'équipe. Ce modèle a l'avantage de concilier la tradition de soutien entre pairs ou de codéveloppement propre aux OC et la nouvelle conjoncture sociale et institutionnelle. La perspective que la supervision soit assumée par un des leurs ne doit pas être perçue comme un renoncement aux valeurs d'égalité et de démocratie des OC, mais comme la reconnaissance que les conditions actuelles de pratique nécessitent un soutien professionnel reconnu, soutenu et organisé afin d'assurer, entre autres, le transfert des connaissances entre les générations d'intervenants.

La nomination d'un organisateur communautaire à cette fonction doit se faire à certaines conditions, toutefois. La personne doit être reconnue par ses pairs pour ses compétences professionnelles et ses qualités de leadership démocratique. Elle doit être libérée d'une partie de ses mandats d'organisation communautaire afin de pouvoir jouer adéquatement son rôle. Elle devrait aussi bénéficier d'un soutien lui permettant de développer ses compétences en supervision.

Outre la coordination et la supervision professionnelle, d'autres démarches ont été entreprises par certaines équipes d'organisation communautaire afin de soutenir leur pratique en CSSS. Parmi celles-là, on a assisté à plusieurs endroits à l'élaboration de cadres de référence et de pratique en organisation communautaire.

CADRES DE RÉFÉRENCE EN ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Une stratégie complémentaire retenue par nombre d'équipes d'organisation communautaire est d'entreprendre un processus de définition de leur offre de services

en fonction des modifications dans l'environnement social et le milieu communautaire. De tout temps, des équipes d'organisation communautaire en CLSC ont produit des documents d'orientation et de référence. Depuis 2005, nous avons été associés, plus ou moins intensément, aux processus d'élaboration de cadres de référence et de pratique en organisation communautaire dans une quinzaine de CSSS.

De manière générale, ces démarches visent à repositionner l'organisation communautaire dans la mission et la structure du CSSS sur la base de son identité, de ses valeurs et de ses compétences, et en fonction d'une offre de services articulée autour des axes de développement des communautés, d'action sur les déterminants sociaux de la santé, de soutien aux organismes du milieu et de soutien aux programmes-services et de santé publique, selon les particularités de chacun des CSSS.

Ces démarches permettent de valoriser l'expertise et la spécificité de l'organisation communautaire, en mettant largement à contribution le cadre de référence du RQIIAC, pour les inscrire dans un cadre local de référence. Elles favorisent aussi un certain cheminement d'équipe des OC amenés à discuter ensemble et avec les gestionnaires de leur pratique : valeurs, principes d'action, approches, types d'intervention, priorités, modes de fonctionnement, etc. Ces démarches font aussi cheminer les gestionnaires associés aux travaux. Ils saisissent mieux l'importance stratégique du travail avec les territoires vécus, même si on peut noter une tension permanente entre cette reconnaissance et la volonté administrative de généraliser ou de standardiser les interventions à la grandeur du territoire du CSSS. Enfin, dans certains CSSS, la démarche a créé les conditions pour une modification du plan d'organisation de l'établissement afin de mettre en place une seule équipe regroupant tous les OC sous un même supérieur immédiat.

La mise en œuvre d'un cadre de référence comporte des défis, le premier étant pour les équipes de passer en mode initiative ou proposition, plutôt que seulement en mode réponse aux demandes internes ou externes. Les OC peuvent capitaliser sur leur connaissance des milieux et leur expertise en développement des communautés, pour articuler une vision globale et transversale des problématiques et des territoires, ainsi qu'une vision stratégique du changement, à soumettre aux partenaires dans le milieu ainsi qu'aux intervenants et gestionnaires du CSSS. Le second défi est de réussir à développer une cohésion dans l'équipe d'OC sans tomber dans un modèle unique de pratique pour tous et pour tous les territoires. Les cadres de référence doivent laisser place à l'innovation. Enfin, le troisième défi est de trouver un équilibre entre les mandats relevant des programmes-clientèles dont la santé publique, et le développement des communautés. Le danger ici, on le comprendra, est de surinvestir les premiers au détriment du second.

De manière rétrospective, il est possible d'identifier certaines limites associées à l'élaboration des cadres de référence. En premier lieu, la consultation du milieu communautaire dans ces opérations est plutôt faible. Généralement, on informe ou on consulte une fois le cadre adopté à l'interne, ce qui limite les possibilités de coconstruction avec les partenaires concernés. De plus, les dimensions opérationnelles et fonctionnelles des cadres de référence prennent beaucoup de place et se traduisent quelquefois par un certain alourdissement du processus de traitement des demandes de services. Par ailleurs, les cadres de référence locaux gagnent à s'appuyer sur le cadre de référence RQIIAC, ce qui permet l'apport de la communauté de pratiques pour aborder des questions sensibles comme l'éthique, le rôle des OC en santé publique, l'action politique en organisation communautaire, etc.

Parmi les conditions gagnantes pour l'élaboration d'un cadre de référence local, il faut placer en tête de liste la participation de toute l'équipe d'organisation

communautaire et des gestionnaires concernés. Les modalités de ces contributions peuvent varier d'un CSSS à l'autre, mais l'association des intervenants et des gestionnaires est nécessaire pour que le processus de délibération produise des contenus appropriés à la situation locale. Le recours aux cadres de référence déjà produits ailleurs permet de récupérer des textes et de concentrer les discussions et la rédaction finale sur des questions et des enjeux jugés prioritaires. La direction générale doit, au départ, être ouverte à la démarche et, en cours de démarche, être informée du cheminement et des versions préliminaires de sorte qu'à terme, le cadre de référence puisse franchir sans encombre un processus de reconnaissance officielle. Cette démarche doit aussi se réaliser dans un délai limité (de six à neuf mois), pour éviter qu'elle soit décalée par de nouvelles urgences ou priorités dans le CSSS.

Un cadre de référence n'est pas un point d'arrivée, mais un point de départ. Il fournit les bases sur lesquelles par la suite l'équipe d'OC et le CSSS peuvent convenir d'une planification stratégique qui laisse aux OC les marges de manœuvre requises pour que leurs pratiques soient structurantes dans le milieu.

DISCUSSION ET ENJEUX

Légitimation de la pratique d'organisation communautaire dans un nouveau contexte de pratique

Les démarches de plusieurs équipes d'organisation communautaire en CSSS au cours des dernières années tendent à démontrer qu'elles cherchent à répondre à la transformation de leur environnement. Les CSSS sont des institutions qui rompent avec la culture des CLSC et questionnent l'importance et le sens de l'action communautaire, et par le fait même, la légitimité de la pratique de l'organisation communautaire. Dans des cas extrêmes, nous avons assisté

à la transformation de postes d'OC en postes d'agent de planification, de programmation et de recherche. À plusieurs endroits, il y a un glissement qui fait de la pratique de l'organisation communautaire une spécialité au même titre que les autres professions, occultant du coup la mission communautaire des CSSS.

Les démarches permettant de repositionner la pratique d'organisation communautaire à l'intérieur des nouveaux paramètres sont une façon de renégocier sa légitimité en milieu institutionnel. C'est ce que Foisy (2004) appelait le processus de légitimation. La légitimité d'une pratique n'est jamais acquise, puisqu'elle évolue au gré des attentes changeantes des acteurs en présence. Elle résulte donc d'un processus par lequel le praticien valide sa présence auprès d'un tiers en répondant à certaines attentes (Hatzfeld, 1998 dans Foisy, 2004). Les organisateurs communautaires tirent leur légitimité de différents acteurs: du milieu institutionnel, du milieu communautaire et des partenaires socioéconomiques. La légitimité auprès de ces acteurs repose donc sur des attentes de différentes natures: démocratique (soutien populaire), institutionnelle (cautionnement par une institution de la valeur d'une pratique) et de compétences (capacité d'accomplir une tâche).

La création des CSSS et l'évolution du milieu communautaire changent de manière significative les attentes envers l'organisation communautaire. Les organisateurs communautaires ont joué, historiquement, un rôle important d'interface entre le milieu communautaire et le milieu institutionnel. Leurs relations privilégiées avec le milieu communautaire leur conféraient une légitimité démocratique certaine auprès de leur établissement. Pourtant, on assiste de plus en plus à l'arrivée de cadres intermédiaires dans les relations partenariales avec le milieu communautaire, de sorte que les OC, même s'ils sont toujours reconnus dans le milieu communautaire pour leurs compétences, ont perdu le monopole de cette liaison (Lachapelle, Bourque et Foisy, 2009). Des cadres du milieu communautaire tissent des liens avec des cadres

des établissements sans l'entremise ni la participation des OC. La légitimité démocratique que les organisateurs communautaires tiraient de leur rôle d'interface s'amenuise. Cette analyse, qui mériterait d'être développée davantage, met en lumière toutefois l'importance de la légitimité que les équipes d'organisation communautaire tirent de leur attache institutionnelle. Cette légitimité est tributaire de leur capacité, d'une part, à répondre aux nouvelles normes institutionnelles et, d'autre part, à mettre en évidence le caractère essentiel de leurs compétences pour la mission des CSSS.

À cet égard, la crédibilité des OC, telle qu'elle se dégage de la recherche sur leurs pratiques auprès des organismes communautaires et des infrastructures communautaires de développement des communautés (*idem*), constitue un atout significatif. L'accompagnement de milieu, la maîtrise des processus de participation et la capacité d'influencer les acteurs dans la recherche des intérêts communs sont des compétences appréciées, au même titre que leur capacité de médiation et de liaison avec le CSSS. Ce sont donc des compétences qui assoient non seulement la légitimité démocratique, mais aussi la légitimité institutionnelle des OC, dans la mesure où elles sont de nature à soutenir la mise en œuvre par le CSSS de sa responsabilité populationnelle.

En fait, la pérennité de l'organisation communautaire en CSSS passe par la capacité des équipes d'OC à établir des liens fonctionnels avec leur établissement (légitimité institutionnelle) et à assurer le maintien, le développement et la transmission des savoirs expérientiels développés par la génération sortante d'organisateur et d'organisatrices communautaires (légitimité par compétence). Cette légitimité se construit par la mise en place d'un rattachement administratif qui assure la contribution de l'organisation communautaire aux différents mandats et équipes des CSSS; par la réalisation de cadres de référence expliquant la contribution de la pratique de l'organisation communautaire à la mission des CSSS, par la démonstration de

son apport au développement des communautés, etc. Dans un contexte institutionnel où la logique médicale et curative est importante, cette tâche n'est pas mince et mérite que les équipes d'organisation communautaire innovent pour valoriser leur contribution au CSSS.

La légitimité de compétence devient un enjeu important dans le nouveau contexte organisationnel. La présence de nouveaux gestionnaires ne provenant pas des CLSC et l'annonce du départ à la retraite d'une génération d'organisateur et organisatrice communautaires qui ont contribué à la construction de la pratique dans le cadre de la mise en place des CLSC peuvent remettre en question la reconnaissance de l'apport particulier de l'organisation communautaire. Dans un contexte où l'expertise de l'organisation communautaire se raffine (importance du partenariat, complexification du financement des projets, alourdissement des problèmes sociaux, etc.), il est impératif que se mettent en place des mécanismes de supervision professionnelle qui permettent aux OC de développer les connaissances et habiletés leur permettant d'apporter une contribution à leur mesure au développement des communautés de leur territoire. Dans ce cadre, l'organisation et la systématisation de la supervision professionnelle deviennent incontournables.

La supervision professionnelle de type collectif ou le soutien formel entre pairs, et la mise en œuvre des méthodes de l'organisation communautaire dans le fonctionnement en équipe de praticiens expérimentés sont des approches adéquates pour discuter d'enjeux nouveaux et complexes. Tous les OC en profitent. Mais le contexte de renouvellement des effectifs soulève aussi des enjeux de supervision individuelle. Les rapports de compagnonnage, de mentorat, de codéveloppement, qui sont centrés sur les individus en apprentissage, exigent que les praticiens d'expérience reconnaissent que tous ne sont pas égaux dans une profession où le temps est un facteur de développement des compétences. Les plus expérimentés ont

la responsabilité de transmettre les expertises qu'ils ont développées. Le reconnaître ne contredit pas le principe de l'égalité. Les professionnels de l'organisation communautaire, et au premier chef les coordonnateurs professionnels, doivent considérer le développement de la supervision individuelle comme un domaine d'innovation significatif pour l'avenir de la profession.

La légitimité des organisateurs communautaires des CSSS réside aussi dans leur capacité à renégocier leur place et leur apport en regard de la transformation de l'environnement institutionnel et communautaire. La collaboration institution/milieu est en mutation à maints égards. Les enjeux auxquels fait face le milieu communautaire autonome ont évolué, et les réalités des institutions publiques se sont radicalement transformées. Cette nouvelle conjoncture interpelle les organisateurs communautaires, dans la mesure où certaines compétences deviennent plus stratégiques. C'est donc principalement par leurs compétences que les organisateurs communautaires assureront la pérennité de leur pratique en milieu institutionnel.

L'ensemble de ces transformations engendre une série d'enjeux, puisque la mise en place de la fonction de coordination professionnelle est particulièrement nouvelle pour les organisateurs communautaires. Nous en avons identifié certains pour les CSSS, pour les équipes d'OC et pour les personnes qui assument la fonction.

Enjeux pour les coordonnateurs professionnels

Les enjeux principaux pour les coordonnateurs professionnels sont certainement de définir et de distinguer clairement les rôles et responsabilités entre gestion, coordination et supervision. Nous avons évoqué précédemment qu'historiquement, les CLSC avaient un type de gestion

intégrée dans lequel les supérieurs immédiats assumaient simultanément des rôles d'encadrement administratif et de supervision professionnelle. Différentes coutumes et habitudes se sont alors développées dans chaque CLSC, de sorte que ce modèle intégré de gestion et de soutien entre pairs a connu des variantes, mais le soutien professionnel offert aux organisateurs communautaires relevait essentiellement de pratiques reposant sur les compétences en place. Dans plusieurs régions où l'on retrouvait des CLSC ayant une petite équipe d'organisation communautaire, ce sont souvent les rencontres régionales ou nationales du RQIIAC qui devenaient des lieux de soutien professionnel.

Notre recherche (Foisy, Bourque et Lachapelle, 2009) a démontré que les trois types de supervision professionnelle peuvent être imbriqués dans la coordination professionnelle, comme ils l'étaient pour les gestionnaires à l'époque des CLSC. Le réflexe premier des coordonnateurs professionnels est de miser sur un type de supervision de groupe qui s'enracine tant dans les valeurs que dans les méthodes d'intervention des OC, ainsi que dans l'habitude de recourir à l'aide entre les pairs pour soutenir la pratique réflexive. Un modèle et une stratégie de supervision professionnelle significative aux yeux des OC doit tenir compte des us et coutumes de la profession.

La situation actuelle appelle donc des clarifications pour distinguer les tâches de gestion et de coordination et le développement d'une expertise spécifique quant à la supervision professionnelle, tant au plan individuel que de groupe. Ces clarifications sont essentielles afin d'éviter l'isolement des coordonnateurs professionnels. Plus les rôles et responsabilités seront clairement identifiés, moins les coordonnateurs professionnels risquent de s'isoler de leurs pairs.

Cette fonction nouvelle pour l'organisation communautaire se développe actuellement au gré d'expériences locales. Plusieurs des coordonnateurs professionnels

rencontrés lors de notre recherche ont évoqué le besoin d'échanger avec des collègues assumant des fonctions similaires. Ils ne trouvent pas réponse à leurs besoins auprès de coordonnateurs d'autres professions à l'intérieur de leur CSSS. La mise en place de mécanismes permettant les échanges et la formation des coordonnateurs professionnels d'équipes en organisation communautaire permettrait à ces derniers d'éviter aussi cette autre forme d'isolement professionnel. Le RQIIAC pourrait fournir une plate-forme intéressante en vue de créer un lieu d'échange. Les fonctions professionnelles de coordination et de supervision présentent des traits particuliers et méritent que les personnes qui les assument puissent retrouver un espace de discussion et d'échange leur permettant d'assurer le développement de leurs pratiques.

Enjeux pour les équipes d'organisation communautaire

La transformation du contexte de pratique à l'intérieur des services publics interpelle l'ensemble des membres des équipes d'organisation communautaire. La création des CSSS a souvent entraîné la fusion d'équipes qui avaient chacune leur culture particulière. La littérature sur les CLSC et sur la pratique d'organisation communautaire est suffisamment riche pour démontrer que les OC ont mis en place au fil des ans des pratiques, des stratégies d'intervention et des mécanismes de collaboration qui s'enracinent dans la réalité particulière de chacun des milieux.

Le nouvel environnement oblige donc à une sorte de mariage de raison entre des intervenants qui doivent mettre à profit leurs histoires respectives pour relever des défis communs. Comment respecter les dynamiques de chacune des communautés desservies par le CSSS tout en se donnant des balises communes? Comment inscrire la contribution de l'organisation communautaire dans les CSSS en permettant à l'ensemble des membres de l'équipe de s'entendre sur celle-ci?

Le défi n'est pas simple. La force de l'organisation communautaire a toujours été sa grande aptitude à s'enraciner dans le milieu et à respecter les dynamiques locales. C'est probablement l'un des facteurs qui expliquent la capacité d'innovation que l'organisation communautaire a démontré au cours des trente dernières années. Le défi est de le refaire dans le contexte des CSSS.

Un second défi pour les équipes d'organisation communautaire réside dans la transmission des savoirs entre générations. Sans tomber dans le piège de la normalisation des pratiques, il faut reconnaître que les OC ont développé un riche savoir expérientiel qui ne peut être transmis seulement par la formation universitaire. Les OC doivent réinventer des formules de mentorat ou de compagnonnage dans un contexte institutionnel plus ou moins propice à ce type d'accompagnement.

Enjeux pour les CSSS

Les CSSS, malgré les forts courants de la logique médicale et de la nouvelle gestion publique qui les traversent, ont toujours une mission communautaire. Certains CSSS réalisent l'importance de l'apport de l'organisation communautaire et réfléchissent actuellement aux meilleurs mécanismes pour maximiser la contribution de ces équipes à leur mission. Ces institutions de première ligne ont la responsabilité d'assurer l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et des communautés de leur territoire (responsabilité populationnelle). Pour ce faire, elles doivent aussi mettre à contribution l'ensemble des forces vives de leur milieu, dont les organismes communautaires (approche partenariale).

Les organisateurs communautaires, malgré une présence grandissante des gestionnaires dans les lieux de concertation, demeurent les professionnels les plus

expérimentés dans le champ du partenariat, les mieux enracinés dans les communautés et les plus au fait des dynamiques locales. La mise en place de réponses adaptées et significatives aux besoins des milieux et des communautés est un préalable à l'amélioration de la santé et du bien-être des communautés. Les organisateurs communautaires sont porteurs d'une pratique riche en ce sens.

PERSPECTIVES

La mise en place des CSSS a changé radicalement le portrait des institutions de première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les transformations ont ébranlé plusieurs acquis historiques, tant au plan des structures que des façons de faire. Alors que les services de santé ont pris une importance majeure dans les nouveaux établissements, plusieurs professions associées au travail social se voient accorder moins d'importance, voire sont remises en question par endroits. Ce fut le cas pour certaines équipes d'organisation communautaire. Nous croyons que cette période tire à sa fin.

L'organisation communautaire est enracinée solidement dans la grande majorité des milieux et des établissements. Les équipes d'OC sont capables de réagir aux transformations de leur environnement et de mettre en place des mécanismes permettant à la mission communautaire des CSSS et à la pratique de l'organisation communautaire de perdurer, et surtout d'actualiser leur contribution aux institutions de santé et des services sociaux dans une perspective de développement des communautés. C'est ce que nous avons appelé le processus de légitimation. Les transformations comportent pour la pratique de l'organisation communautaire des défis que les OC sont en mesure de relever s'ils s'en donnent les moyens.

L'avènement des CSSS et les remises en question de la pratique d'organisation communautaire que cela a pu provoquer à certains endroits sont une autre étape de cette relation très particulière entre les équipes d'organisation communautaire et leur institution. Les pratiques de coordination et de supervision professionnelles qui se développent, en plus des cadres de référence locaux dont se dotent certaines équipes, démontrent une fois de plus la grande vivacité professionnelle des OC.



Conclusion

Participation, citoyenneté et démocratie

Au Québec dans les années 1970, l'introduction de l'organisation communautaire dans les CLSC a constitué une innovation: soutenir l'action citoyenne comme stratégie de santé et de bien-être. Comeau et St-Onge (2008) parlent de création des CSSS comme d'un marqueur historique qui détermine la fin d'une époque pour l'organisation communautaire. Si cela représente la fin d'une époque, ce n'est certainement pas la fin de la tension permanente qui caractérise l'organisation communautaire dans les services publics, particulièrement dans le réseau de la santé et des services sociaux. Depuis qu'elle existe, l'organisation communautaire est au croisement de logiques et de courants qui s'opposent: contribuer au renforcement de la société civile (Comeau *et al.*, 2008), tout en s'inscrivant dans une institution étatique relevant de la nouvelle gestion publique privilégiant les partenariats public-privé (PPP) et la privatisation; favoriser la participation citoyenne tout en composant avec des programmes publics et privés

cherchant à instrumentaliser les communautés ; agir sur les déterminants sociaux de la santé et les causes des problèmes sociaux, alors que l'action publique ne vise qu'à en gérer les conséquences. L'organisation communautaire est une pratique qui a appris à composer avec les paradoxes et à se situer à l'interface des logiques ascendante en provenance de la société civile et descendante en provenance des pouvoirs publics et privés, dans la recherche constante d'innovations ou d'arrangements favorables aux communautés.

Depuis la création des CSSS, l'organisation communautaire traverse une nouvelle période de turbulences qui offre à la fois des contraintes et des occasions de faire reconnaître sa contribution à la démocratie. Dans le réseau de services publics d'abord, où les impératifs de gestion ont jusqu'à maintenant entraîné un recul important de la capacité d'agir des citoyennes et citoyens, notamment par la disparition des conseils d'administration élus et par l'imposition de programmes-cadres qui rigidifient les rapports avec les communautés locales. Mais aussi dans les collectivités où les mêmes obsessions gestionnaires que les décennies de néolibéralisme ont légitimées menacent la participation citoyenne au développement de leurs communautés. En même temps, l'Organisation mondiale de la santé affirme que l'action politique est incontournable pour réduire les inégalités sociales de santé en une génération (CSDH, 2008) et la préoccupation de la participation traverse les organisations citoyennes, qu'elles soient communautaires ou axées sur la démocratie représentative (Mercier, 2009).

La période de crise des modèles de développement fait en sorte que les mouvements sociaux avancent actuellement en rangs dispersés. Avec la fin des politiques sociales progressistes et la crise profonde qui ébranle les économies capitalistes, la question du changement social revient à l'ordre du jour. Les partis politiques en place ne font guère preuve de leur capacité à la porter, mais des

lieux de réflexion s'organisent. La démarche pour renouveler la social-démocratie québécoise en est un exemple (<www.oikosblogue.coop/?p=332>).

Dans l'histoire de l'organisation communautaire en CLSC, ce type de débat a souvent été facteur de division. La disparition du Regroupement des organisateurs communautaires du Québec au profit du Collectif québécois de conscientisation en 1983, sur un fond de débat auquel fait écho un numéro de la revue *Service social* (1985, vol. 34, n^{os} 2 et 3), en est une illustration. Le RQIIAC s'est plutôt campé dans une position de convergence de diverses propositions de changement social (Hurtubise, 1989). Un peu à la manière des forums sociaux où l'on trouve plusieurs points de vue sur « un autre monde possible », il se présente comme un espace de débat plutôt que porteur d'une approche unique d'intervention ou d'un projet de société défini. Cela lui vaut parfois le reproche de ne pas prendre position, mais l'action à la base demeure un lieu d'innovation pour le changement, et le RQIIAC a participé activement à la mobilisation du Collectif pour un Québec sans pauvreté. L'action politique est un type d'intervention reconnu en organisation communautaire dans le cadre de référence du RQIIAC, mais aussi dans le cadre normatif du MSSS (MSSS, 2009). À ce titre, les OC des CSSS sont en première ligne pour relever le défi de faire autrement, avec des associations communautaires comme dans les initiatives locales de revitalisation et de développement des communautés.

Cette action a toutefois besoin que les mouvements sociaux soient porteurs de propositions de changement social qui provoquent la convergence des enjeux collectifs. La période que nous traversons est effervescente sur les fronts sociaux, économiques et environnementaux. Mais le développement durable relève encore du discours plus que de l'action. La jonction entre la lutte contre les inégalités sociales et de santé, le développement économique axé sur le bien-être des populations et le respect de

l'environnement manque d'un cadre et surtout d'une force politique pour s'inscrire dans un projet collectif mobilisateur. La contribution des mouvements sociaux (syndical, coopératif, associatif, féministe, environnementaliste, etc.) et des organisations politiques est essentielle pour que les initiatives ne s'organisent plus en rangs dispersés et que l'action politique de type communautaire s'inscrive dans un projet de société.

La nouvelle génération des organisatrices et des organisateurs communautaires (OC) est donc soumise à des contraintes importantes, mais elle dispose aussi d'un héritage qu'elle est en train d'ajuster à la nouvelle conjoncture dans laquelle elle se déploie. Elle n'a ni la responsabilité ni les moyens, à elle seule, de faire un virage démocratique au Québec, mais elle peut y apporter une contribution significative.

Dans les CSSS d'abord, où elle doit faire reconnaître sa contribution pour ce qu'elle est. Les cadres de référence locaux, aussi bien que la mise en place des coordinations professionnelles en organisation communautaire constituent, de ce point de vue, des initiatives permettant d'établir les mécanismes de communication essentiels pour la crédibilité et l'efficacité de l'organisation communautaire. Elle peut mettre à profit les acquis de la communauté de pratiques du RQIIAC et le corpus de connaissances scientifiques sur l'organisation communautaire au Québec, développé dans les milieux de recherche et d'enseignement. Sur ces bases communes, les cadres de référence locaux permettent de camper et de débattre avec les gestionnaires une analyse des enjeux communautaires locaux, de choisir des modèles de pratique et de définir une offre de services qui assure la pertinence et la légitimité institutionnelle des interventions. L'organisation communautaire est une pratique habituée à être questionnée et qui évolue parce que les OC prennent les moyens d'en affirmer la pertinence. Le nouveau contexte devrait donc stimuler les OC à faire leur place dans les CSSS.

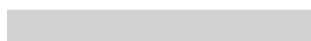
Sur le plan de la société québécoise, les mouvements sociaux doivent demeurer l'ancrage dans lequel s'inscrivent les pratiques d'organisation communautaire du secteur public. Ce ne sera plus comme aux premières heures des CLSC, où la syndicalisation fournissait une jonction directe et le mouvement populaire, des alliances stimulantes. Pratique frontière entre les services publics et les mouvements sociaux, l'organisation communautaire peut contribuer à ce que l'action citoyenne prenne toute sa portée comme stratégie de santé et de bien-être, mais aussi comme avenue de renouvellement et d'élargissement de la démocratie en misant sur des acquis que les politiques conservatrices n'ont pas réussi à balayer.

Les enjeux de la participation sont au cœur des perspectives de l'organisation communautaire au Québec dans les CSSS, mais aussi dans les organismes communautaires et les instances locales de développement. Ces enjeux concernent les trois formes de participation : 1) sociale, qui fait référence aux formes d'engagement dans des mouvements pour modifier les normes et les structures sociales sur le plan sociétal et à celui des communautés locales ; 2) démocratique, qui désigne l'adhésion aux débats sur les enjeux collectifs (sociaux, économiques, de santé, environnementaux, etc.) dans l'espace public ; et 3) politique, qui signifie l'exercice du pouvoir direct ou indirect visant à agir sur les décisions publiques (Mercier, 2009).

Il n'y a pas de développement durable sans participation et surtout sans une appropriation citoyenne des enjeux. Les impasses actuelles de la social-démocratie québécoise sont toutes marquées par la négligence à l'égard de la participation citoyenne. La recherche de l'intérêt général doit donner du souffle à l'action quotidienne et faire en sorte que les OC ne succombent pas à la lourdeur des institutions avec lesquelles ils doivent intervenir et composer. Ils ont le défi de faire reconnaître ces enjeux de démocratie, notamment à leurs partenaires de la santé publique. L'expertise québécoise mérite d'être inscrite au

registre des meilleures pratiques, et il y a tout à gagner pour la santé publique comme pour les communautés dans lesquelles elle souhaite intervenir à le reconnaître. L'organisation communautaire en CSSS n'est pas une technique de mobilisation, mais une expertise de citoyenneté.

Nous espérons que notre contribution aura fourni des outils pour ces tâches aussi bien en termes d'analyse des contraintes que d'exploration des avenues de relance d'une pratique professionnelle qui manifeste une belle maturité. Nous la proposons comme une manifestation de solidarité avec celles et ceux qui font du bel ouvrage au quotidien.



Annexes

ANNEXE 1

Interventions en organisation communautaire selon les approches et les axes de l'offre de services

Types d'interventions	Identification des problèmes du milieu	Sensibilisation, conscientisation du milieu	Contribution aux ressources existantes	Création de nouvelles ressources	Concertation et mobilisation des ressources du milieu	Action sociale
Développement local et développement des communautés	Contribution à l'analyse du milieu en planification stratégique	Aux processus de liaison et de négociation entre les acteurs locaux		Selon les choix des partenaires	Majeure La concertation est le mode déterminant en DL et DC	
Actions transversales	Contribution à l'analyse du milieu en planification stratégique	Aux processus de liaison et de négociation entre les acteurs locaux	Soutien au développement de projets innovants	Réponse à des besoins pour lesquels il n'existe pas de ressource	Majeure L'intersectorialité est le mode majeur des actions transversales	

Développement local /
approche socioinstitutionnelle

Approche socioinstitutionnelle / action sociale	Soutien aux organismes du milieu	Pour aider l'organisme à bien situer sa mission dans le milieu	Aux attentes et aspirations du milieu	Majeure Intervention orientée en fonction des besoins et attentes de l'organisme demandeur	Soutien à l'émergence de nouveaux projets		En soutien aux revendications de l'organisme ou aux demandes de plaidoyer
Approches socioinstitutionnelle / sociocommunautaire	Contribution aux programmes clientèle et de santé publique	Majeure Développement de l'approche communautaire dans les divers programmes institutionnels	Sensibilisation aux déterminants sociaux de la santé		Mise en place éventuelle de nouvelles organisations pour répondre aux besoins identifiés	Mise en place éventuelle de nouvelles concertations pour répondre aux besoins identifiés	

ANNEXE 2
Typologie des pratiques d'après Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette (2007)

Variable de pratique	Action sociale	Développement local	Approche socio-institutionnelle	Approche sociocommunautaire
1. Finalité de l'action communautaire	Revendication, affirmation et institutionnalisation des droits des populations	Prise en charge par la population Renforcement des capacités à partir des ressources locales	Mettre les membres de la communauté au centre des décisions et de l'action	Exercice des droits et contribution aux décisions sur son milieu
2. Postulat sur la structure communautaire et la problématique	Intérêts divergents entre les classes sociales sur différentes questions	Dévitilisation socioéconomique Détérioration des conditions de vie Exclusion sociale	Persistance des problèmes sociaux Inégalités de santé Déterminants de la santé	Lien social fragilisé Trajectoires d'exclusion Dilution des solidarités
3. Stratégie de changement	Organisation de la solidarité Pression sur l'adversaire et appui de l'opinion publique	Action citoyenne Mobilisation et concertation des différents acteurs locaux	Initiatives en provenance des institutions pour agir sur une problématique Concertation et intersectorialité	Mise en réseau de personnes Développement de services de proximité Dispositifs d'insertion
4. Tactiques et techniques de changement	Conflit non violent Coalitions Action sociopolitique	Coopération conflictuelle Recherche de consensus	Expertise professionnelle (<i>top down</i>) Initiative communautaire (<i>bottom up</i>)	Renforcement des compétences personnelles et action sur l'environnement
5. Principaux rôles du praticien	Mobilisateur Éducateur populaire Analyse politique	Agent de liaison (catalyseur), formateur, soutien à la résolution de problèmes et à l'innovation	Mobilisation des acteurs concernés Soutien à la participation Appropriation créative de programmes Soutien organisationnel	Développement et soutien de services de proximité Soutien des savoir-faire individuels et de groupe Encouragement de la prise de parole citoyenne

6. Moyen assurant le changement	Organisation du groupe pour la cohésion, le leadership et le soutien matériel	Instances locales de concertation Plan de développement	Dialogue et apprentissage mutuel dans le cadre de programmes ou de projets	Interaction entre l'individu et ses groupes d'appartenance Dynamiques de solidarité locales
7. Attitude face à la (aux) structure(s) de pouvoir	Revendications et pression sur le pouvoir Négociation	Soutien de l'État aux initiatives locales Appropriation locale de programmes publics	Réduction des inégalités de pouvoir entre les acteurs	Rééquilibrer les pouvoirs au profit des plus démunis Redonner aux communautés le contrôle sur leur développement
8. Relation avec le système client	Communauté frustrée Population défavorisée	Collectivité locale Communauté territoriale	Population défavorisée ou vulnérable	Populations défavorisées Groupes vulnérables
9. Postulats relatifs aux divers intérêts des sous-groupes	Intérêts conflictuels Conflit social	Reconnaître les différences et renforcer les convergences	Reconnaissance par les experts de la légitimité et de la compétence citoyennes	Réorganisation des communautés
10. Conception de la population cliente	Opprimés, exploités, exclus	Citoyens	Clients et/ou citoyens	Citoyens
11. Conception du rôle du système client	Membres, militants	Participation au processus de changement	Participation à la conception de l'action	Solidarité et participation citoyenne
12. L'empowerment	Conscientisation Renforcement de la capacité de faire valoir ses droits Institutionnalisation de droits	Autonomie, initiative et entraide Renforcement des capacités Participation des populations marginalisées	Acteurs en position d'influence et de négociation	Développement du capital social : réseaux, entraide, appartenance, résilience



Bibliographie

- ADRLSSSS de la Montérégie (2005). *Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie : programme 0-5-30 Combinaison/Prévention, Cadre de référence*, 52 pages.
- Alary, J. et F. Lesemann (1975). *Les centres locaux de services communautaires, Opération Bilan, Rapport de l'équipe bilan, Étude des dimensions sociales et communautaires*, Montréal, 98 pages.
- Ampleman, G., J. Barnabé, Y. Comeau, G. Doré, R. Duhamel, L. Gaudreau, C. Humbert, J. Lacroix, L. Leboeuf et M. Matte (1987). *Pratiques de conscientisation 2*, Québec, Collectif d'édition populaire, 366 pages.
- Ampleman, G., G. Doré, L. Gaudreau, C. Larose, L. Leboeuf et D. Ventelou (1983). *Pratiques de conscientisation*, Montréal, Nouvelle Optique, 309 pages.
- APTSQ (2008). «Convention collective 2006-2010 – Mise à jour en janvier 2008», APTSQ, <www.aptsq.com/Apts/conventions.asp?S=1&SS=1>, consulté le 31 décembre 2009.
- Barclay, P.M. et al. (1982). *Social workers their role and tasks, The report of a Working Party set up in October 1980, at the request of the Secretary of State for Social Services, by the National Institute for Social Work under the chairmanship of Mr Peter M. Barclay*, National Institute for Social Work, Bedford Square Press – NCVO, 283 pages.
- Bélanger, J.P. (1983). *Les mutations de l'État-providence et le devenir des CLSC, FCLSCQ* – Direction de l'analyse et de l'évaluation des programmes, 60 pages.

- Bélangier, P.-R. et B. Lévesque (1988). « Une forme mouvementée de gestion du social: les C.L.S.C. », *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 19/59, p. 49-64.
- Bélangier, P.-R. et B. Lévesque (1992). « Le mouvement populaire et communautaire: de la revendication au partenariat (1963-1993) », dans G. Daigle *et al.*, *Québec en jeu*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 713-747.
- Bernard, P. *et al.* (2007). « Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood », *Social Science & Medicine*, vol. 65, p. 1839-1852, <www.elsevier.com/locate/socscimed>.
- Bilodeau, A., D. Allard, D. Francœur et P. Chabot (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.
- Bilodeau, A., C. Chamberland et D. White (2002). « L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique », *Revue canadienne d'évaluation des programmes*, vol. 17, n° 2, p. 59-88.
- 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. (1997). « Trajectoire de l'organisation communautaire professionnelle », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 10, n° 1, p. 59-70.
- Bourque, D. (2007). « Ententes de services dans les programmes de soutien aux jeunes parents et nouveaux rapports public-communautaire », *Intervention*, n° 126, juin, p. 42-51.
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat, Entre levier et piège du développement des communautés*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 142 pages.
- Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*, Cahier 0907, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Université du Québec en Outaouais, 26 pages.
- Bourque, D., Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.), (2007). *Organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 534 pages.
- Bourque D. et R. Lachapelle (2007). « L'approche socio-institutionnelle en organisation communautaire », dans D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 101-117.
- Bourque, D. et R. Lachapelle (2009). *Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)*, Monographie du CSSS Jeanne-Mance, Cahier 0903, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Université du Québec en Outaouais, 49 pages.

- Bourque, M. (2007). « Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : Les cas du Québec et du Royaume-Uni », *Revue gouvernance*, printemps 2007, p. 1-13.
- Brieland, D. (1987). « History and Evolution of Social Work Practice », *Encyclopedia of Social Work*, Silver Spring Maryland, N.A.S.W., vol. 1, p. 739-754.
- Brunet, J. et al. (1987). *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, 10 mars, 92 pages.
- Champoux, L. et al. (1975). *Rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des centres locaux de services communautaires au Québec*, Montréal, 25 juin, 109 pages.
- Comeau Y. et al. (2006). « Les transformations de l'organisation communautaire en CLSC (1988-2004) », *Inter-action communautaire*, n° 73, automne, p. 18-21.
- Comeau, Y. et al. (2008). *L'organisation communautaire en mutation, Étude sur la structuration d'une profession du social*, Québec, Presses de l'Université Laval, 194 pages.
- Comeau, Y. et M. St-Onge (2008). « Des recherches et essais sur l'organisation communautaire contemporaine », *Service social*, vol. 54, n° 1, p. 1-5.
- CSDH (2008). « Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health », *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Genève, World Health Organization, 248 p.
- De Backer, B. (2002). *Étude exploratoire sur la problématique de la « supervision »*, Bruxelles, Association des fonds sociaux du secteur non marchand, 27 pages.
- De Koninck, M. et al. (2007). *Carnet synthèse 1, Inégalités de santé et milieux de vie*, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, mai, 12 pages.
- Deslauriers, J.-P., en collaboration avec le Comité sur l'appropriation du pouvoir d'agir (2007). *Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir individuel et collectif*, CERIS, Série « Pratiques sociales », n° 15, 12 pages.
- Doré, G. (1985). « L'organisation communautaire: définition et paradigme », *Service social*, vol. 34, nos 2-3, p. 210-230.
- Doré, G. et al. (1987). *1977-1987 10 ans déjà! ROCQ-CQC*, Collectif québécois de conscientisation, 46 pages.
- Doucet, L. et L. Favreau (dir.) (1991). *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 468 pages.
- DSPM (2007). *Espace professionnels, Programme PIED – Se former*, Direction de la Santé publique de Montréal-Centre, <www.santepub-mtl.qc.ca/programmechute/index.html>, consulté le 11 avril 2007.

- Ellyson, A. et D. Bourque (2007). *Implication de CDC dans des processus d'élaboration de Projets cliniques de CSSS*, Interaction communautaire, n° 79, automne, p. 17-19.
- Ellyson, A. et D. Bourque, avec la collaboration de F. Marchand et M. Proulx (2007). *Implication de CDC dans des processus d'élaboration de projets cliniques de CSSS*, Copublication de l'ARUC-ISDC et du LAREPSS, Série « Recherches », n° 14, Université du Québec en Outaouais, 31 pages.
- Favreau, L. (1988). « L'action communautaire 1972-1988: enjeux, tendances et perspectives », dans Yves Hurtubise et Pierre Paré (dir.), *Pratiques d'action communautaire en C.L.S.C.*, Actes du colloque sur l'action communautaire en CLSC, tenu à l'Université Laval (Québec) les 12, 13 et 14 mai, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, janvier 1989, p. 24-44.
- Favreau, L. (1989). *Mouvement populaire et intervention communautaire de 1960 à nos jours, continuités et ruptures*, Le Centre de formation populaire et Les Éditions du Fleuve, 307 pages.
- Favreau, L. (2008). *Entreprises collectives, Les enjeux sociopolitiques et territoriaux de la coopération et de l'économie sociale*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 332 pages.
- Favreau, L. (2009). « Organisation communautaire en CLSC et associations citoyennes : un avenir incertain », dans Carnet de Louis Favreau, Chaire de recherche en développement des collectivités (CRDC), <jupiter.uqo.ca/ries2001/carnet/spip.php?article36>.
- Favreau, L. et L. Fréchette (2003). *Le développement social des communautés: le défi des nouvelles générations de travailleurs sociaux*, Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CERIS), Série « Recherches », n° 23, Université du Québec en Outaouais, 35 pages.
- Favreau, L. et Y. Hurtubise (1993). *CLSC et communautés locales, La contribution de l'organisation communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 211 pages.
- FCLSCQ (1975). *Premier congrès d'orientation de la Fédération des C.L.S.C. du Québec, Rapport*, octobre, p. 44-67.
- FCLSCQ (1988). *Compte rendu – Colloque Approche communautaire « L'approche communautaire: maintenant plus que jamais »*, tenu à Québec, Hôtel Hilton, 14 janvier, 105 pages.
- FCLSCQ (1991). *Document de réflexion numéro 3, L'action communautaire*, 46 pages.
- FCLSCQ (1994). *Pratiques d'action communautaire en CLSC, document de réflexion*, 92 pages.
- Foisy, D. (2004). *L'organisation communautaire en CLSC: au carrefour de légitimités renouvelées*, mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en travail social, Université du Québec en Outaouais, 143 pages.

- Foisy, D., Bourque, D. et R. Lachapelle (2009). *La coordination professionnelle en organisation communautaire dans les CSSS*, CRCOC, n° 0901, 56 pages.
- Gingras, P. (1989). « Briser le silence des intervenants et intervenantes », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n° 1, p. 7-21.
- Godbout J. et N. Martin (1974). *Participation et innovation, l'implantation des Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et les organismes communautaires autonomes*, Publication conjointe, Hors série, Notes de recherches INRS-Urbanisation/ Les Cahiers de l'ENAP, Université du Québec, 344 pages.
- Gulati, P. et G. Guest (1990). « The community-centered model: A garden-variety approach or a radical transformation of community practice? », *Social Work*, janvier, p. 63-68.
- Hamel, P. (1991). *Action collective et démocratie locale. Les mouvements urbains montréalais*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Hurtubise, Y. (1989). « L'action communautaire en C.L.S.C.: problèmes et enjeux », *Intervention*, n° 83, p. 51-57.
- Hurtubise, Y. (1991). « L'organisation communautaire en CLSC », dans L. Doucet et L. Favreau (dir.), *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 201-212.
- Hurtubise, Y., G. Beauchamp, L. Favreau et D. Fournier (1989). *Pratiques d'organisation et de travail communautaires en CLSC*, RQIIAC, 92 pages.
- INSPQ (2002). *Cadre de référence en santé publique pour le développement des communautés. La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Institut national de santé publique du Québec, 50 pages.
- Jetté, C. (2006). *Pistes de réflexion pour le développement de l'action communautaire au XXI^e siècle*, École de travail social – UQAM, Cahiers du LAREPPS, n° 06-13, 45 pages.
- Jetté, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence, Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 422 pages.
- Jobin, M. (1986). *L'action communautaire dans les CLSC, État de la question*, Fédération des CLSC, novembre, 18 pages.
- Lachapelle, R. (2007). « L'organisation communautaire dans un réseau de la santé et des services sociaux transformé », dans D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.), *L'organisation communautaire, fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 311-323.
- Lachapelle, R. (2008). « Itinéraire d'une communauté de pratiques, les vingt ans du RQIIAC », *Interaction communautaire*, numéro spécial été, n° 78, RQIIAC, p. 5-72.

- Lachapelle, R. (dir.) (2003). *L'organisation communautaire en CLSC, Cadre de référence et pratiques*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 293 pages.
- Lachapelle, R. et D. Bourque (2007). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programme de santé publique, Rapport de recherche*, ARUC-ISDC – RQIIAC, documentation et diffusion n° 5, décembre, 91 pages, <www.uqo.ca/observer/>.
- Lachapelle, R., D. Bourque et D. Foisy (2009). *Apports de l'organisation communautaire en CSSS aux nouvelles infrastructures communautaires de développement des communautés*, Cahier 0902, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Université du Québec en Outaouais, 63 pages.
- Lafrance, G. et F. Lesemann (1980). *Modèles d'organisation communautaire : pratiques et idéologies dans les Centres locaux de services communautaires de la région de Montréal*, École de service social, Université de Montréal, 28 pages.
- Lamoureux, H., J. Lavoie, R. Mayer et J. Panet-Raymond (2008). *La pratique de l'action communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 548 pages.
- Lamoureux, H., R. Mayer et J. Panet-Raymond (1984). *L'intervention communautaire*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 237 pages.
- Larivière, C. (2005). «Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale», *Interaction communautaire*, n° 70, automne, p. 13-16.
- Larivière, C. (2007). «Besoins exprimés et réponse institutionnelle», *La Revue Politiques sociales*, n°s 1-2, p. 35-45.
- Larose, G. (2002). «Quel modèle?», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 15, n° 2, p. 1-8.
- Lecomte, Y. (2003). «Développer de meilleures pratiques», *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, p. 9-36.
- Legros, P. (1998). «Rapport annuel 1997-98 du conseil d'administration du RQIIAC», *Interaction communautaire*, n° 47, automne, p. 5.
- Lesemann, F. (1977). «Centres Locaux de Services Communautaires : dix ans de réforme socio-sanitaire au Québec», *International Review of Community Development*, n° 37-38, p. 153-194.
- Lévesque, B. (2007). *Une gouvernance partagée et un partenariat institutionnalisé pour la prise en charge des services d'intérêt général*, Cahier C-13-2006, CRISES, UQAM, 26 pages.
- Loubat, J.-R. (2000). «Le coordinateur d'équipe : piège ou cadeau?», *Lien social*, n° 550, 2 novembre, p. 1-4.
- Marcotte, F. (1986). *L'action communautaire. Ses méthodes, ses outils, ses rouages et sa gestion*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 141 pages.

- MAS (1976). *Perspectives à l'égard des centres locaux de services communautaires*, Québec.
- MAS (1979). *Rapport sur l'identification des districts prioritaires de CLSC*, Document de travail, janvier, 67 pages et annexes.
- MAS-FCLSCQ (1977). *Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires*, FCLSCQ, 9 pages.
- Mercier, C. (2009). *Participation citoyenne et développement des communautés au Québec: enjeux, défis et conditions d'actualisation*, Cahier de l'ARUC-Innovation sociale et développement des communautés, Série « Documentation et diffusion », n° 8, Université du Québec en Outaouais, 74 pages.
- Merrien, F.-X. (1999). « La nouvelle gestion publique: un concept mythique », *Lien social et Politiques*, n° 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, 133 pages.
- MSSS (2004). *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 25 pages.
- MSSS (2004a). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des 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*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 pages.
- MSSS (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec Produire la santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 pages.
- MSSS (2009). *Cadre normatif: système d'information sur la clientèle et les services des CLSC*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, DGSS, Direction des services sociaux généraux.
- OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, texte intégral*, Organisation mondiale de la santé, <www.aspq.org/DL/charte.pdf>.
- OMS (2005). *Charte de Bangkok pour la mondialisation de la santé à l'heure de la mondialisation*, Organisation mondiale de la santé.
- Parazelli, M. et al. (2003). « Les programmes de prévention précoce; Fondements théoriques et pièges démocratiques », *Service social*, vol. 50, p. 81-121.
- Paré, P. (1989). « Présentation du thème » dans Y. Hurtubise et P. Paré (dir.), *Pratiques d'action communautaire en C.L.S.C.*, Actes du colloque sur l'action communautaire en CLSC, tenu à l'Université Laval (Québec) les 12, 13 et 14 mai, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, janvier 1989, p. 7-13.

- Parenteau, F. (1986). *Historique, actualité et avenir des centres locaux de services communautaires (CLSC)*, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), Direction des services communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 3 octobre, 111 pages.
- Payette, M. (1990). «L'action communautaire en CLSC : la baliser pour la renforcer», dans RQIIAC (1991), *L'avenir est au communautaire, Actes du colloque de mai 1990*, p. 7-8.
- Plamondon, D. et al. (dir.) (1997). *Au-delà de la tourmente, de nouvelles alliances à bâtir!*, Actes du V^e colloque du RQIIAC, GRIR-UQAC, 461 pages.
- Québec (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, 803 pages.
- Québec (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 91 p.
- Québec (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, L.R.Q, c. 42.
- Québec (2000). *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, 408 pages.
- Québec (2001). *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Politique gouvernementale, septembre, 60 pages.
- Québec (2001b). *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Gouvernement du Québec, chapitre 24.
- Québec (2003). *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, chapitre 21.
- Québec (2004a). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, juillet, 103 pages.
- Québec (2004b). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, septembre, 179 pages.
- Québec (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, MELS – MSSS – AQESSS, 64 pages.
- Québec (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Santé et Services sociaux Québec, 103 pages.
- Renaud, M. (1993). «Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de la santé», *Interface*, journal de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), mars-avril, p. 15-23.

- Robitaille, M. (2006). « La transformation des métiers du développement territorial au Québec », *Recherches sociographiques*, vol. XLVII, n° 3, p. 573-595.
- Robitaille, M. (2007). *Les métiers du développement local et régional au Québec: l'émergence de nouvelles compétences*, Cahier du CRDT, Série « Recherches », n° 9, 31 pages.
- Rosanvallon, P. (1981). *La crise de l'État-providence*, Paris, Seuil, 192 pages.
- Rothman, J. (1979). « Macro social work in a thightening economy », *Social Work*, vol. 24, n° 4, juillet, p. 274-281.
- RRSSSL (1999). *Plan de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides 1999-2002 – Les orientations générales*, Saint-Jérôme, Régie de la santé et des services sociaux des Laurentides, 40 pages.
- Savaria, M. (1985). *Au ras des pâquerettes. Méthodes d'organisation communautaire*, Drummondville, Luttes urbaines, 190 pages.
- Sénéchal, M. (1994). « L'action communautaire en CLSC », dans L. Favreau, R. Lachapelle et L. Chagnon (dir.), *Pratiques d'action communautaire en CLSC, Acquis et défis d'aujourd'hui*, Actes du Colloque du RQIIAC à Hull – Juin 1992, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 21-23.
- Shragge, E. (2006). *Action communautaire: dérives et possibles*, Montréal, Écosociété, 242 pages.
- Shragge, E. (2007). « La pratique communautaire et la lutte pour la transformation sociale », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, p. 182-192.
- Vaillancourt, Y. et C. Jetté (2009). *Les arrangements institutionnels entre l'État québécois et les entreprises d'économie sociale en aide domestique*, Montréal, Éditions Vie Économique (EVE), coll. « Recherche », 178 pages.
- Villeneuve, L. (2005). « Implantation au CLSC Drummond de la supervision clinique: retombées sur le personnel supervisée », *Intervention*, n° 112, p. 138-147.
- White, D. et al. (2008). *La gouvernance intersectorielle à l'épreuve. Évaluation de la mise en œuvre et des premières retombées de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire*, Version abrégée, Centre de recherche sur les politiques et le développement social – Université de Montréal, mars, 30 pages.



Table des matières

Remerciements	vii
Introduction	1
CHAPITRE 1	
L'organisation communautaire au Québec, des CLSC aux CSSS	7
Des origines à la période fondatrice de l'organisation communautaire.....	12
L'organisation communautaire dans les services publics	14
Les débuts (1972-1985).....	16
La structuration de la profession (1986-2002)	23
Développement d'un corpus de connaissances et d'une identité partagée.....	27
La création des CSSS en 2003 et la formalisation des pratiques.....	31
Les quatre approches du modèle québécois	34
Conclusion	38

CHAPITRE 2

Transformations institutionnelles

et organisation communautaire	41
Réforme de la santé et des services sociaux	42
Le rapport Clair	43
Projet de loi sur la Gouverne	44
Les projets de loi 25 et 83	45
La question du territoire	47
Mission hospitalière	48
Logique gestionnaire et concertation	49
Logique médicale et santé publique	54
Logique gestionnaire, logique médicale et de santé publique : impact sur l'intervention sociale	58
Synthèse des contraintes et tendances lourdes	60
Une conception de la santé qui donne des prises à l'organisation communautaire	61
Offrir des services selon une approche et avec une responsabilité populationnelle partagée	63
Prévention et promotion de la santé	67
Agir sur les déterminants de la santé	69
Soutenir le développement des communautés	70
Conclusion	73

CHAPITRE 3

Les rapports avec la santé publique	77
La responsabilité locale en santé publique	80
L'approche socio-institutionnelle	81
La part de l'organisation communautaire dans les PSP	82
Arrimer santé publique et organisation communautaire	84
L'approche socio-institutionnelle dans la mise en œuvre des PSP	86
La part des gestionnaires	89
Perspectives	91

CHAPITRE 4

Intervenir avec des organismes communautaires d'un nouveau calibre	95
Un nouveau contexte communautaire.....	97
L'organisation communautaire en CSSS à l'ère des ICDC....	99
Les attentes communautaires à l'égard des OC.....	102
Accompagnateurs de milieu	102
Expertise des processus et participation citoyenne	103
Leadership et bien commun.....	104
Liaison et médiation.....	104
Engagement des CSSS en développement des communautés	105
Conclusion	106

CHAPITRE 5

La structuration de la profession dans les CSSS	109
<i>Dominic Foisy, Denis Bourque et René Lachapelle</i>	
Des CLSC aux CSSS, une mutation du contexte de travail et du rattachement administratif des équipes d'organisation communautaire	111
Coordination professionnelle	115
Supervision professionnelle	119
Cadres de référence en organisation communautaire	123
Discussion et enjeux.....	126
Légitimation de la pratique d'organisation communautaire dans un nouveau contexte de pratique	126
Enjeux pour les coordonnateurs professionnels	130
Enjeux pour les équipes d'organisation communautaire.....	132
Enjeux pour les CSSS.....	133
Perspectives.....	134

Conclusion	
Participation, citoyenneté et démocratie.....	137
Annexes	143
Bibliographie	149
Liste des sigles	163



Liste des sigles

ACCQ	Association des CLSC et CHSLD du Québec
ADRLSSSS	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
APTSQ	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
ARUC	Alliance de recherche université-communauté
BAEQ	Bureau d'aménagement de l'Est du Québec
CDC	Corporation de développement communautaire
CDEC	Corporation de développement économique communautaire
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJE	Carrefour jeunesse-emploi

CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
CRE	Conférence régionale des élus
CSN	Confédération des syndicats nationaux
CSS	Centre de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de la santé publique
FAS-CSN	Fédération des affaires sociales – Confédération des syndicats nationaux
FCLSCQ	Fédération des CLSC du Québec
ICDC	Infrastructures communautaires de développement des communautés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MAS	Ministère des Affaires sociales
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGP	Nouvelle gestion publique
OC	Organisateur communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PNSP	Programme national de santé publique
PPP	Partenariat public-privé
PRSAC	Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSP	Programmes et approches de santé publique
RLS	Réseau local de services

RQIAC	Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé
SADC	Société d'aide au développement des collectivités
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Destiné aux intervenants qui œuvrent en organisation communautaire, aux gestionnaires et aux planificateurs qui s’y intéressent, ainsi qu’aux étudiants et futurs praticiens en ce domaine, cet ouvrage relève et analyse le contexte sociopolitique et les transformations institutionnelles qui influencent la pratique d’organisation communautaire en CSSS. Il identifie des occasions réelles sur lesquelles capitaliser dans le cadre des pratiques réflexives des organisateurs communautaires (OC) et fournit des outils aussi bien en termes d’analyse des contraintes que d’exploration des avenues de relance d’une pratique professionnelle qui manifeste une expertise et une maturité certaines.

Pratique professionnelle de soutien à l’action communautaire et d’interface entre les collectivités et les services publics pour en améliorer la pertinence, la reconnaissance de l’organisation communautaire représente un gain des mouvements sociaux. Elle est aujourd’hui placée devant le défi de renouveler cette lutte pour que les citoyens retrouvent leur place dans les CSSS et dans bon nombre d’organismes communautaires et d’instances de concertation et de développement local où la professionnalisation domine. Il n’y a pas de développement durable des communautés sans participation et appropriation citoyenne des enjeux.



DENIS BOURQUE est professeur titulaire au Département de travail social de l’Université du Québec en Outaouais. Il est titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire et coresponsable de l’axe Développement social des communautés de l’Alliance de recherche université-communauté (ARUC) Innovation sociale et développement des communautés.



RENÉ LACHAPELLE est professionnel de recherche à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire et doctorant en service social à l’Université Laval. Il a été organisateur communautaire au CLSC du Havre puis au CSSS Pierre-De Saurel ainsi que président du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et centres de santé.

