

Repositionnement des travailleuses sociales¹: un travail hors les murs à partir d'un modèle d'intervention concertée

Yvon Boucher, M.Sc., Chargé de cours, Université du Québec en Outaouais
yvonboucher45@gmail.com

Josée Grenier, T.S., Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Campus St-Jérôme
josee.grenier@uqo.ca

Mélanie Bourque, Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Campus St-Jérôme
melanie.bourque@uqo.ca

RÉSUMÉ :

Cet article propose de revoir brièvement les grandes restructurations du réseau de la santé et des services sociaux. Devant les changements structurels du réseau, les travailleuses sociales sont appelées à se repositionner, à se donner de nouveaux repères dans leurs pratiques. Les auteurs proposent un modèle intégré et concerté des pratiques, liant l'intervention sociale individuelle et communautaire. Cette orientation vise à favoriser des alliances nécessaires au travail en équipe dans le but de construire une compréhension commune des problématiques vécues par les gens d'une même communauté et d'intervenir ensemble, en complémentarité. Cette vision du travail social demande de renouer avec le travail terrain, un travail hors les murs, pour rejoindre les personnes les plus vulnérables.

MOTS-CLÉS :

Travail social, modèle intégré, travail de proximité, collaborations, travail hors les murs

INTRODUCTION

Le contexte actuel de la pratique de l'intervention sociale dans le réseau public est l'aboutissement d'un long processus qui l'a vidée en grande partie de son essence et de son sens². Plusieurs auteurs ont démontré les changements structurels et managériaux des dernières décennies (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014; Larivière, 2005) et les impacts de ces transformations majeures sur les travailleuses sociales (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014; Richard et Mbonimpa, 2013). Devant les changements des dernières décennies et plus récemment avec le projet de loi 10³, plusieurs travailleuses sociales ont fait part d'un sentiment de démobilitation et d'isolement, ainsi que de perte de sens, de repères et de moyens pour réaliser leur travail.

1. La féminisation du titre de travailleuse sociale est privilégiée dans le texte, considérant la forte majorité de femmes à exercer la profession.
2. À titre d'exemple, notons la fermeture de l'accueil – secteur des services généraux – dans plusieurs CISSS du Québec vers un transfert de personnel dans les GMF; des services jadis offerts gratuitement par le secteur public sont maintenant privatisés ou offerts par des entreprises d'économie sociale; la fusion des établissements et l'immensité du territoire à couvrir par le personnel et les cadres; la coupure de personnel; la rationalisation et la standardisation des services; le contrôle excessif dans la gestion du personnel et des activités professionnelles.
3. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, adoptée par l'Assemblée nationale en 2014.

Pour mobiliser l'ensemble des acteurs de la communauté, identifier des « voies d'avenir » porteuses de sens pour les professionnels et favoriser une dynamique visant l'amélioration des conditions de vie des personnes en difficulté, « un renouvellement d'approches doit être envisagé » (Jaeger, 2013 : 60). Selon ce même auteur :

« [...] les perspectives de solutions existent tant du point de vue du développement local et durable, de l'intervention sociale d'intérêt collectif, du recours aux potentiels et aux ressources inexprimées des publics, de l'accompagnement à la citoyenneté. [...] Il s'agit en cela d'un retour aux valeurs démocratiques fondatrices du travail social. » (Jaeger, 2013 : 60)

Dans cette perspective, les auteurs du présent article proposent un modèle concerté des pratiques, liant l'intervention sociale individuelle et communautaire. Ce modèle demande une compréhension commune des problèmes sociaux vécus par les gens d'une même communauté et suppose des alliances nécessaires pour le travail en équipe dans le but d'intervenir ensemble, en complémentarité. Un tel modèle se base sur un travail de collaboration, à l'interne et à l'externe, et sur la mise en pratique d'un travail de proximité⁴ territorial, relationnel et participatif (Bourque, 2017 : 6) au sein de la communauté en renouant avec le travail terrain et hors les murs.

Il y a donc nécessité de dépasser une lecture souvent clivée des problèmes sociaux (individuels et collectifs) et de voir les deux approches d'intervention (individuelle et communautaire) comme n'étant pas dissociées, mais distinctes, complémentaires et en continuité. Cette approche « concertée » demande de la part des établissements et des acteurs du terrain de revoir les logiques d'action, l'offre de services et les méthodes d'intervention auprès de la population de leur territoire. En appui à cette orientation, le travail exige de se rapprocher des milieux de vie, de les accompagner, de développer des liens avec les citoyens et les organismes du territoire et de travailler en concertation avec eux. Il s'agit entre autres de dynamiser par le travail de proximité les liens sociaux et les solidarités, des valeurs fondamentales du travail social (Créteur, 2011, s.p.).

L'article, qui se divise en trois parties, propose donc d'approfondir ces éléments. La première partie du texte présente un bref historique du réseau de la santé et des services sociaux, et plus spécifiquement de la transformation progressive des Centres locaux de services communautaires (CLSC). La seconde partie du texte met en évidence le bien-fondé en travail social des approches concertées et tournées vers la communauté. La troisième partie articule un modèle de pratique intégrée et concertée par un croisement de l'intervention individuelle et la pratique de l'organisation communautaire.

1. Rappel historique

1.1 Les années 1970-1980 : une période d'innovation

Les années 1970-1980, qui coïncident avec la mise sur pied des CLSC au Québec, ont apporté des changements structuraux importants, des pratiques innovantes et une ouverture sur la communauté avec les acteurs locaux et les citoyens. Les CLSC, de taille relativement modeste à l'époque, ont été construits initialement dans l'optique d'une participation citoyenne et locale, afin de favoriser la mise en place de services personnalisés, selon les besoins locaux avec une latitude dans la mise en œuvre de nouveaux projets (Larivière, 2007). Par exemple, lors de l'implantation des CLSC, des comités de citoyens se sont formés dans différentes régions du

4. Les services de proximité « peuvent être définis comme une réponse matérielle ou immatérielle à un besoin jugé "d'utilité sociale", qui se veut physiquement et socialement proche de la population desservie. La proximité physique renvoie au territoire d'intervention des organismes prestataires et, en milieu urbain, à la question du quartier » (Morin et Rochefort, 2003 : 268).

Québec, donnant lieu à une diversité de programmes et laissant place à des modèles innovants, tant pour l'intervention individuelle, familiale et de groupe que collective : cliniques jeunesse, approche féministe, associations avec les groupes de la communauté (Larivière, 2007).

Mentionnons également que durant cette période, les CLSC et le système de santé publique au Québec se sont émancipés sous la base d'un nouveau discours idéologique et politique « On ne parle plus de maladie, mais de santé qui devient une question de droit et relève désormais de la responsabilité de l'État » (Bourque 2009a : 2). À cette époque, la gratuité, l'universalité et l'équité sont des principes fondamentaux du système et des services.

Les orientations promues dans la création des CLSC vont permettre un ancrage local et une influence déterminante sur le plan social, avec des mandats rapidement centrés sur les personnes démunies et les problèmes de pauvreté (Fréchette, 1996). Dans ces conditions, malgré certaines crises vécues au sein des CLSC, on réussit à mettre sur pied des services fonctionnels et efficaces – un tronc commun et des initiatives locales – rejoignant une population diversifiée (Larivière, 2007). Sont alors développés des programmes novateurs où l'on valorise les échanges et les liens avec la population et les groupes communautaires. Le concept de santé communautaire est mis de l'avant dans l'organisation administrative, s'illustrant par les dimensions préventives et curatives des interventions (Observatoire de l'administration publique, 2012). Les approches communautaires et de groupe sont valorisées (Roy, 1975, cité par Larivière, 2007). La marge de manœuvre initiale laissée au CLSC a bénéficié au travail social en matière d'innovation tant à l'interne (modèle d'organisation, déprofessionnalisation, innovation) qu'à l'externe (solidarité avec les milieux plus démunis) pour la mise en œuvre de nouvelles pratiques et la réponse aux besoins émergents ou non comblés (Larivière, 2007).

Ainsi, dès leur mise sur pied, les CLSC s'inscrivent en proximité avec la population locale et sont appelés à s'implanter dans les quartiers, dans un souci de s'intégrer à la dynamique sociale locale, tout en jouant un rôle de première ligne. La mise en place des CLSC est toutefois ardue et rencontre des résistances (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014). Il faudra attendre la politique de 1981 visant le parachèvement des CLSC (Ministère de la Santé, 1981), mais également le transfert des effectifs des DSC (départements de santé communautaire) et des CSS (centres de services sociaux) à la fin des années 1980 pour que les CLSC s'implantent en plus grand nombre (Bourque, 1988; Turgeon, Anctil et Gauthier, 2003).

Ainsi, la décennie 1970-1980 favorise l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles axées sur la multidisciplinarité (Mayer, 2002). Cependant, comme le souligne Renaud (1977), l'application du régime d'assurance maladie entraîne rapidement une croissance des soins curatifs et une « dépendance » de la population envers le système médico-hospitalier, de plus en plus envahissant et coûteux. Ce qui n'est pas sans lien avec la crise des finances publiques que rencontre l'État et les limites budgétaires imposées à certains établissements. Les médecins vont également occuper une place de plus en plus significative et privilégiée au sein du système de la santé et des services sociaux.

En outre, peu de temps après l'instauration du régime public des services de santé et des services sociaux, l'État remet en question les CLSC et le réseau de la santé et des services sociaux dans sa forme et ses orientations (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014; Jetté, 2008). En ce qui concerne les CLSC, les difficultés rencontrées dans quelques établissements – crises et tutelles – amènent le ministre, dès 1975, à demander un bilan sur le fonctionnement de ce modèle. Les points de vue divergents au sein de l'équipe de travail conduiront à la rédaction de deux rapports : un majoritaire, soit celui de Custeau et al. (1975), percevant davantage le futur des CLSC à travers le développement des services généraux, et un second rapport, minoritaire, rédigé par Alary et Leseman (1975), privilégiant « les CLSC en tant qu'institution participant au processus de transformation sociale et misant de manière plus audacieuse sur

l'action communautaire » (Ministère de la Santé, 1975a : 55, cité par Jetté, 2008 : 107). Ces deux rapports ne feront pas l'objet d'un suivi systématique (Jetté, 2008; Larivière, 2007), mais les recommandations du rapport majoritaire auront de toute évidence davantage d'influence sur les orientations du ministre les années suivantes (Roy, 1987, cité par Jetté, 2008).

Par ailleurs, la croissance des dépenses du système de santé et des services sociaux est aussi l'un des nombreux éléments critiqués du modèle dans le contexte de la réduction des finances publiques et de la crise financière et économique mondiale de 1982. À cet effet, l'État initie graduellement des transformations importantes en donnant de nouvelles orientations pour contenir et gérer les coûts et revoir les mesures de gestion. La nouvelle gestion publique (NGP)⁵ s'installe graduellement. Ces mesures auront des impacts sur la pratique de l'intervention sociale, les professionnels et les citoyens usagers des services.

1.2 Les années 1990-2000 : la crise des finances publiques et le virage

La crise des finances publiques survient dans le contexte de la montée du néolibéralisme – valorisé notamment par les gouvernements Thatcher et Reagan⁶ – et des remises en question de l'État-providence. Par ailleurs, la politique du déficit zéro de 1996 marque un tournant à cet égard. Cette crise met une limite à la mise en œuvre de services collectifs publics. Ainsi, les grands projets politiques et économiques sont terminés et l'État québécois oriente ses politiques de manière différente (David, 1991). Le Québec procède à des transformations majeures en matière de protection sociale, entre autres par une réduction des budgets attribués et des changements normatifs comme l'activation (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014).

Les conséquences sont notables sur le plan des services de santé et des services sociaux et du travail social. Déjà, à la fin des années 1980, on dénonce la lourdeur des tâches administratives ayant un impact négatif sur les pratiques d'intervention (Mayer et Groulx, 1987; Mayer, 2002; Prud'homme, 2008). On rapporte également une détérioration des services sociaux : liste d'attente, accès de plus en plus difficile à certains services, critères d'accès à certains programmes sociaux de plus en plus restrictifs, programmes ciblés vers certains groupes, communautarisation des services (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014; Mayer, 2002). Par ailleurs, le travail social voit de nouveaux déplacements de ses modes d'intervention, de ses lieux d'exercice et de ses champs d'intervention prioritaires; la rationalisation des services amène une technocratisation et une standardisation de la pratique; l'autonomie des travailleuses sociales tend à être réduite par la logique administrative (Grenier, Bourque et St-Amour, 2016 : 12). Les contraintes se posant en défi du quotidien, on recherche des solutions nouvelles et des efforts sont déployés pour redonner un second souffle au travail social : travail de concertation avec le milieu et nouveaux modèles de pratiques, dont l'approche communautaire.

Malgré certaines tentatives, le traitement public réservé aux problèmes sociaux tend vers l'individualisation (Ravon, 2008). En effet, la « montée de la subjectivité »⁷ au sein de notre société met en scène une approche plus psychologisante en intervention sociale avec « un langage et des méthodes d'intervention davantage psychologiques » (entretien réalisé

5. Essentiellement, la NGP vise à restreindre le rôle de l'État et à mieux utiliser ses ressources en ciblant davantage leur usage et leur contrôle, dans un contexte où leur disponibilité est limitée par des gouvernements peu disposés à investir dans des mesures sociales (Larivière, 2005).

6. « [...] Thatcher et Reagan ont été les premiers à imposer cette nouvelle forme d'intervention de l'État en réduisant les impôts et les budgets alloués aux programmes sociaux et en procédant à la privatisation de plusieurs secteurs » (Grenier, Bourque et St-Amour, 2014 : 9).

7. En lien avec la subjectivité, Martucelli réfère à des états subjectifs ou encore au psychologisme pris au sens large du terme : « c'est-à-dire que la perception qualitative et l'importance accordée aux états subjectifs deviennent des éléments majeurs de la perception collective [...] La subjectivité est ce sentiment et ce projet : il y a en nous quelque chose qui échappe au social » (entretien réalisé avec Martucelli, 2011 : 16).

avec Martucelli, 2011 : 16). Comme le mentionne Martucelli, il y a eu un déplacement dans les méthodes d'intervention sociale « au profit d'un langage et de méthodes d'intervention davantage psychologiques » (entretien réalisé avec Martucelli, 2011 : 16). Les modèles d'intervention à court terme, tels que l'intervention de crise et l'intervention brève orientée vers des solutions, gagnent en popularité dans les établissements. Aussi, de nouveaux services spécialisés font leur entrée – centres de jour pour personnes en perte d'autonomie, équipes de santé mentale, etc. (Larivière, 2007).

La marge de manœuvre dont disposaient initialement les travailleuses sociales dans les premières années d'existence des CLSC s'estompe peu à peu pour être remplacée par un encadrement plus serré des pratiques et des acteurs. Par ailleurs, les orientations, les interventions et les moyens sont définis par les établissements et non par les groupes de citoyens. Avec cette manière de procéder, une distance s'établit entre les travailleuses sociales et les citoyens. On n'agit plus avec, mais sur... des cibles. Et la composante santé prend une place de plus en plus significative dans les orientations et les services classés au second rang. Par ailleurs, c'est en 2000 qu'est adoptée au Québec la Loi sur l'équilibre budgétaire (107), qui interdit de cumuler des déficits, et en 2001 que les premiers contrats de performance⁸ sont imposés aux établissements du réseau public de la santé et des services sociaux.

Les nouvelles orientations politiques, placées sous des idéologies d'autonomie, d'activation sociale et de participation, ont pour effet d'imputer aux individus la responsabilité des problèmes auxquels ils font face. On troque la solidarité sociale et collective contre un transfert de responsabilité vers la personne, la famille et les organismes communautaires « Les institutions ne nous protègent plus. Au contraire, elles nous renvoient le problème » (Martucelli, 2011 : 20). Par ailleurs, la prestation de services est principalement orientée vers le curatif et plutôt que d'intervenir conformément à leur rôle premier de soutien, d'accompagnement, de prévention et d'intervention, les travailleuses sociales sont appelées à assumer principalement des tâches d'évaluation et de gestion de cas axés vers la coordination de services.

De réforme en réforme, l'État, initialement solidaire du citoyen, s'inscrit en État partenaire inspiré par une logique libérale et marchande prônant des valeurs d'efficacité et d'efficacités. La logique managériale prend le dessus sur les valeurs de justice sociale et de solidarité véhiculées par les travailleuses sociales, ce qui a pour conséquence de les éloigner de leur mission d'agentes de changement. De manière graduelle et constante, les travailleuses sociales doivent assumer de plus en plus de tâches administratives à partir de formulaires standardisés (Larivière, 2007). Confinées à une gestion qui laisse peu de place à la relation d'aide, les travailleuses sociales sont confrontées aux insatisfactions exprimées par les personnes utilisatrices de services. On assiste manifestement à une technocratisation des services sociaux dans le cadre d'une uniformisation des pratiques à partir de questionnaires et de grilles qui ne tiennent pas compte de la singularité des demandeurs de services. Les réformes des dernières années privilégient une gestion par résultats qui consiste à atteindre des cibles à partir d'indicateurs orientés vers le mesurable, le quantitatif. La gestion de cas laisse bien souvent peu d'espace à l'intervention psychosociale (Bourque, 2009b; Parrizelli, 2010) et au travail de proximité, qui cèdent la place au processus bureaucratique (Bourque, Lachapelle, Savard et al., 2010).

8. Un contrat de performance traduit sur le plan opérationnel les exigences du Ministère quant aux orientations à donner au réseau de services et à son évaluation. De manière plus concrète, ces orientations sont de trois ordres, soit les priorités ministérielles, les orientations suivant l'offre de services et les engagements de l'établissement en regard des objectifs et indicateurs à atteindre, et plus spécifiquement dans certains secteurs. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/EGI-2015-2016_MSSS-CHUQ.pdf – entente de gestion et d'imputabilité.

Le virage de l'État vers la privatisation de certains services, découlant de la NGP, devient à première vue une solution moins coûteuse, mais suscite du même coup des enjeux financiers et éthiques en favorisant un accès aux services en fonction des revenus des utilisateurs, ce qui les rend forcément inéquitables (Grenier, 2012). Les problèmes sociaux sont relégués en grande partie aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale, dont les ressources sont limitées. Utilisées par l'État aux fins de son désengagement, les intervenantes du secteur communautaire, généralement sous-payées, ont le sentiment de vivre une certaine forme de violence structurelle (Bourque, Grenier, Pelland et al., 2015). Avec la loi 25, le financement par ententes de services a un impact sur l'autonomie des organismes communautaires dans la programmation de services du secteur public et en limitant fortement leurs capacités d'innovation (Jetté, 2007 : 21). En somme, tel que le précise Jetté :

« [...] concurremment à cet essor des organismes communautaires au cours des années 2000, des éléments de rupture introduits par certaines politiques publiques viennent jeter une ombre sur les avancées réalisées [...] dans le cadre de rapports partenariaux développés avec l'État au cours de la décennie précédente. Les mesures adoptées par le MSSS afin d'intégrer les organismes communautaires au sein de réseaux de services coordonnés par des instances technocratiques ne sont qu'une des manifestations de cette volonté gouvernementale de revoir les règles du jeu. » (Jetté, 2007 : 21)

Le récent projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (Projet de loi 10), clairement empreint des idées et principes de la NGP, met encore davantage l'accent sur l'efficacité. Dans un contexte où le nombre de cadres est appelé à diminuer, à quoi peut-on s'attendre en matière de gestion quotidienne dans les CISSS ou CIUSS? Comment les travailleuses sociales fonctionneront-elles dans cette mégastucture? Obtiendront-elles une plus grande autonomie décisionnelle avec, en parallèle, un plus haut niveau de responsabilisation et d'imputabilité? Comment cette réorganisation affectera-t-elle l'identité professionnelle des travailleuses sociales, y compris leurs valeurs professionnelles, le sens qu'elles donnent à leur travail, leur sentiment d'appartenance à la profession et leur loyauté organisationnelle?

Les travailleuses sociales ont montré leur résilience face aux changements, mais les pressions actuelles de la NGP constituent une attaque sans précédent dans le processus engagé depuis plusieurs années vers le démantèlement du réseau public de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, au moment d'écrire ces lignes, l'une des stratégies du ministre de la Santé et des Services sociaux Gaétan Barrette pour l'accès aux soins et aux services sociaux de première ligne est d'intégrer les professionnels au sein des groupes de médecine familiale (GMF). Ainsi, bon nombre de professionnels des services généraux des CISSS et CIUSSS seront délocalisés pour migrer vers un GMF. Dans cet autre virage, aucune ressource supplémentaire n'est prévue pour combler le vide après leur départ. Cette décision risque d'avoir un impact direct sur les CLSC, établissements de première ligne. La liste d'attente étant déjà longue pour certaines clientèles fragilisées, celles-ci risquent encore une fois d'encaisser les contrecoups de ce virage par un ralentissement de la prise en charge au sein du réseau public.

Les médecins ont dans le passé « boudé » les CLSC et ont en parallèle ouvert des polycliniques. Pour quelles raisons demande-t-on maintenant aux professionnels d'intégrer les GMF et non aux médecins de développer une pratique en CLSC? Il faut se rappeler que les GMF ont été créés il y a 10 ans, notamment pour que chaque Québécois puisse avoir un suivi par un médecin de famille. Le réseau des groupes de médecine familiale s'est développé progressivement dans l'ensemble des régions du Québec. Actuellement, on dénombre au Québec environ 260 GMF,

regroupant près de 4000 médecins, 600 infirmières et de nombreux professionnels. Dans le rapport de 2015 de gestion du ministère de la Santé et de Services sociaux, le ministre Barrette établissait à 300, pour 2015, la cible du nombre de GMF (Robillard, 2015). Le mandat des GMF consiste à offrir des services et des soins de santé de première ligne afin de contribuer au désengorgement des urgences des hôpitaux. Le gouvernement du Québec verse chaque année des dizaines de millions de dollars aux GMF, afin que les médecins donnent des soins à un maximum de patients, assurent une garde pour les plus vulnérables et permettent le suivi de la clientèle – soit les patients inscrits au GMF. Toutefois, il semble que certains GMF ne respectent pas toutes les clauses de leur contrat – offre de services, inscription de patients, etc. (Robillard, 2013).

Au sein des GMF, les professionnels seront sous la coupe des médecins, « ce qui marque un pas de plus vers la médicalisation du système de santé » (Fournier, 2016). Encore une fois, on privilégie des cliniques privées⁹ au lieu d'investir à l'intérieur même des CLSC. Ce choix se fait au détriment du réseau public. Par cette manœuvre, on dépouille le réseau public et on contribue à son démantèlement. Les professionnels devront encore ici s'adapter à un nouveau contexte de pratique. Le renouvellement des pratiques tant discuté au cours des dernières années en intervention sociale dans le réseau public n'est pas celui attendu. On se souvient que, déjà en 1996, des directeurs généraux de CLSC évoquaient l'urgence du renouvellement des pratiques sociales happées par le courant médical (Fréchette, 1996). Vingt ans plus tard, la situation se révèle critique à tel point que si aucune action n'est entreprise, la dégradation de la pratique sociale dans le réseau de la santé et des services sociaux risque de s'accroître. La tâche s'annonce ardue, mais pas irréaliste si l'on amorce avec vigueur le virage qui s'impose.

2. Au cœur du travail social : le retour vers le social et la communauté?

Le travail du « social » dans le service social est la mise en évidence de la primauté du contexte social dans la compréhension, l'interprétation et l'action. Cependant, pour maintenir ce regard sur le « social » et ainsi agir sur cette dimension, les travailleuses sociales doivent faire usage de connaissances provenant des sciences humaines et sociales pour pouvoir coconstruire, avec les personnes concernées, des compréhensions de leurs situations et des interventions qui ont un sens pour elles (Gray, Plath et Webb, 2009). Les travailleuses sociales sont les premières à pouvoir insuffler une nouvelle vie aux pratiques sociales dans le réseau public. Elles auront, pour ce faire, à identifier et à exploiter des brèches et des contradictions dans l'organisation des services « en alliance avec les citoyens utilisateurs de services, les premiers concernés par la qualité des soins et services du réseau de la santé au Québec » (Bourque, 2009a).

Ainsi, sur la base des fondements mêmes du travail social et de ses références historiques, les travailleuses sociales sont appelées à faire autrement, en s'investissant dans des pratiques novatrices et en privilégiant des interventions de proximité, tournées vers la communauté, qui englobent les perspectives systémique et structurelle du travail social, misant sur le potentiel et le pouvoir des individus et des communautés. En ce sens, les interventions de proximité se présentent aujourd'hui « comme un moyen et une réponse aux difficultés et défis que connaît la nouvelle gestion publique » (Le Bart et Lefebvre, 2005). Plusieurs équipes de recherche québécoises, dont PRISM (Proximité et recherche, les services et leurs modalités), mettent au centre de leurs préoccupations les interventions de proximité selon trois axes – territorial, relationnel et participatif :

9. « À la différence des CLSC, les GMF ne sont pas des établissements publics : ils sont la propriété privée des médecins. Cela signifie que même si ces établissements sont entièrement financés par l'argent public, leur gestion est entièrement privée : ce sont les médecins qui gèrent eux-mêmes « leur » clinique [...]. Cela signifie également que les GMF n'ont pas à se conformer à une mission définie par l'État, comme c'était le cas des CLSC » (Plourde, 2006 : s.p.).

« Ces différentes formes de proximité sont aujourd'hui valorisées et recherchées dans les services sociaux et de santé. Dès leur création, les CLSC poursuivaient un idéal de proximité, par leur implantation locale et le développement d'approches communautaires. » (CSSS de la Vieille-Capitale, 2010)

Plus récemment, une communauté de pratique sur l'intervention de quartier et les interventions de proximité en CSSS a publié un guide d'accompagnement (Morin, Allaire et Bossé, 2015) relatant des expériences menées sur le territoire de quatre CSSS du Québec, entre 2009 et 2014. Les auteurs estiment que les interventions de proximité répondent principalement à quatre objectifs des centres de santé et services sociaux regroupés maintenant dans les CISSS : 1) l'exercice de la responsabilité populationnelle; 2) la nécessité de rejoindre davantage les populations vulnérables, exclues et isolées; 3) l'utilité d'être proactif dans ses interventions et, à terme, de diminuer les services dits « réactifs »; 4) la volonté d'agir dans une perspective d'*empowerment* individuel et collectif et de renforcement des réseaux de soutien à l'œuvre dans les milieux de vie. Bien qu'elles ne soient pas exemptes de critiques, « ces approches semblent rencontrer un large appui », comme le souligne Tremblay (2013). Ce dernier précise que les initiatives les plus réussies « abordent les personnes non comme des porteuses de problèmes, mais comme des acteurs inscrits dans des ensembles de liens sociaux en interaction » (Tremblay, 2013 : 63).

Le renouvellement des pratiques a plus de chance de se concrétiser s'il repose sur ce qui caractérise l'intervention individuelle en travail social, c'est-à-dire :

« [...] accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens, et [...] à l'aider à obtenir le plus grand nombre de ressources possible afin qu'elle puisse participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant qu'actrice sociale. Ainsi, contrairement à la plupart des autres professions d'aide, le travail social part du sens social et collectif que prennent les difficultés que vit une personne : ses sentiments, ses actions, ses pensées sont situés dans un contexte familial, communautaire et sociétal. » (Bourgon et Gusew, 2007 : 123)

Cette définition, tout en considérant les différents modèles et approches utilisés en intervention individuelle, nous rappelle la spécificité du travail social en comparaison avec d'autres professions d'aide telles que la psychologie, la psychoéducation et les soins infirmiers, et propose une compréhension à la fois systémique et structurelle de l'intervention.

Au plan systémique, l'individu est perçu comme un acteur qui interagit avec différents réseaux à partir de son milieu de vie, de sa famille élargie et des ressources formelles et informelles de sa communauté d'appartenance. Par ailleurs, la dimension structurelle de l'intervention invite la travailleuse sociale à remettre en question les structures sociales qui génèrent et maintiennent l'exclusion et la marginalité. Cette caractéristique propre au travail social oriente son action; elle est reliée « aux valeurs sous-jacentes à la profession et à l'intérêt particulier qui est porté aux populations les plus vulnérables, notamment les personnes opprimées et marginalisées » (Turcotte et Deslauriers, 2011 : 3).

Ainsi, il y a lieu de s'intéresser à des pratiques d'intervention qui prennent en considération les aspects sociaux et qui ne se limitent pas à une compréhension individuelle des problèmes, ce qui constitue le fondement du travail social. Ce type de pratique s'appuie sur diverses approches, dont l'approche psychosociale classique, l'approche féministe, l'approche structurelle, l'approche communautaire, l'approche sociocommunautaire, l'approche de réseau, l'approche milieu, l'approche écologique et l'approche écosystémique. Aux fins de l'exercice, nous envisageons d'illustrer notre propos en évoquant trois approches qui s'inscrivent dans cette perspective.

3. La jonction de l'intervention individuelle et de l'intervention communautaire

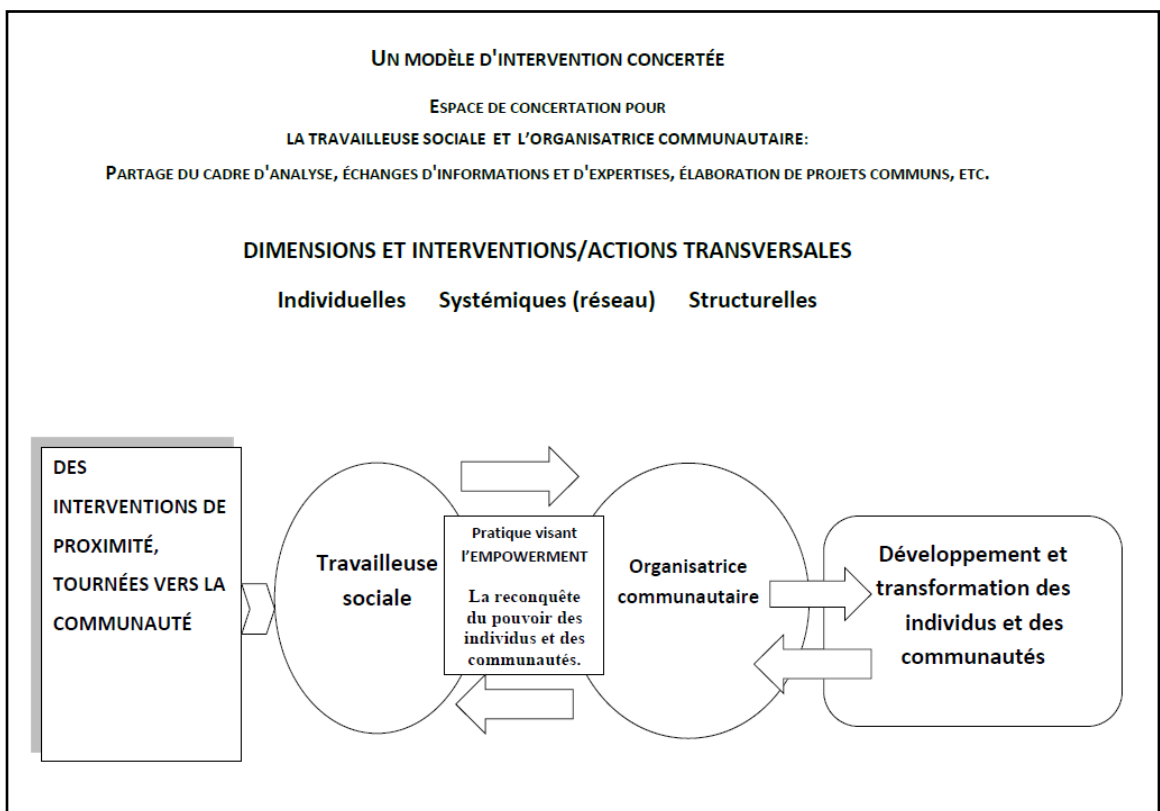
L'une des avenues à considérer concerne l'élargissement de l'intervention sociale individuelle dans une approche sociocommunautaire « qui agit comme passerelle entre l'intervention psychosociale classique et l'organisation communautaire » (Fréchette, 2007 : 121).

3.1 Un modèle d'intervention concertée

Le modèle préconisé a ceci de particulier : il invite les intervenants des domaines du travail social et de l'organisation communautaire à travailler en concertation, dans le respect de leur champ de compétences. Ce modèle rejoint en partie les principes de base de l'approche intégrée en travail social (Auclair et Lampron, 1987), tout en s'avérant plus conforme aux exigences des pratiques individuelles et collectives qui font appel à des connaissances, méthodes, techniques, aptitudes et habiletés spécifiques, mais complémentaires :

« Pour les tenants de l'approche intégrée, chaque mode d'intervention, en prenant comme perspective d'analyse et d'action soit la personne, soit le groupe, soit la communauté, néglige l'interrelation qui existe entre ces différentes entités. Il en résulte donc une vision réduite des problèmes sociaux. » (Auclair, 1987, cité par Bouchard, 2012 : 7)

Le schéma 1 illustre l'idée du modèle d'intervention concertée, fondé sur le partage du cadre d'analyse et les échanges d'expertises.



Le modèle suggéré n'est pas totalement intégré, puisqu'il ne propose pas aux travailleuses sociales de réaliser leurs interventions avec le même système client selon les trois méthodes d'intervention en travail social. Il l'est cependant sur le plan du cadre conceptuel, partagé par les intervenants en travail social et en organisation communautaire, et se dessine sous un mode de concertation dans la mise en forme des interventions :

« L'arrimage entre intervenants de proximité et organisateurs communautaires permet de consolider les collaborations intersectorielles et donne parfois naissance à des projets collectifs fort intéressants. Dans un quartier de Sherbrooke s'est d'ailleurs établi un partenariat fructueux entre l'intervention de quartier et un projet de pédiatrie sociale. » (Morin, Allaire et Bossé, 2015 : 16)

L'*empowerment* est au cœur de la vision partagée dans les pratiques du travail social et de l'organisation communautaire, où les intervenants doivent se réserver des espaces de réflexion et de concertation pour mieux arrimer leurs actions à l'intérieur d'un cadre d'analyse qui fait place aux acteurs de la communauté :

« Le terme *empowerment* est utilisé pour décrire tout processus de développement incluant la croissance personnelle et le processus d'appropriation du pouvoir ou d'autonomisation qui amène l'individu à se positionner en tant qu'acteur de sa propre vie. La prise en charge collective va dans le même sens, c'est-à-dire amène les membres d'une communauté à se réunir pour agir sur une problématique donnée. » (Mercier, Bourque et St-Germain, 2009 : 21)

En outre, l'approche sociocommunautaire se conjugue également avec l'intervention sociale territoriale qui met en lumière cinq enjeux : 1. Freiner la psychologisation des problèmes sociaux; 2. Miser sur la participation des personnes et des groupes marginalisés; 3. Redéfinir le concept de communauté; 4. Croiser les « engagements citoyens » locaux et sociétaux; 5. Comprendre ces interventions dans une continuité historique. Cette vision est décrite ici :

« L'intervention sociale territoriale envisage l'intervention en s'appuyant sur une approche collective (réseau, entraide) et multisectorielle. Dans sa dimension politique, elle se comprend comme un refus de la psychologisation des problèmes sociaux; certes non pas pour se priver de ce regard, mais pour l'intégrer explicitement dans un ensemble plus large de lutte pour la reconnaissance de populations et de communautés locales souvent discriminées. » (Caillouette, Ross et Aubin, 2013 : 23)

3.2 Une stratégie d'intervention qui mise sur le potentiel des individus et des communautés

Dans le même esprit, l'approche communautaire est un autre modèle de pratique qui peut servir à enrichir notre réflexion. L'approche communautaire – il est utile de le rappeler – s'inscrit autant dans l'intervention individuelle et de groupe que collective. Il s'agit, comme le souligne Bourque (2011), d'une stratégie d'intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes et des communautés pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé. Elle cherche à favoriser la reprise du pouvoir, à trouver les moyens et à assurer le soutien pour que se réalise ce potentiel. La personne est considérée comme un être social en relation d'interdépendance avec une communauté « L'analyse du problème vécu par la personne ne tient pas uniquement compte des caractéristiques personnelles, mais aussi des caractéristiques sociales, économiques, politiques et culturelles de la communauté à laquelle elle appartient » (Bourque, 2011).

Gingras (1991) a publié un guide de référence qui porte sur le traitement des demandes individuelles d'aide selon l'approche communautaire et qui, pour l'essentiel, rejoint l'esprit de l'approche sociocommunautaire de Fréchette (2007). Une étude (Baril, 1997) réalisée dans trois CLSC du Québec en faisait ressortir le caractère prometteur dans le cadre d'un renouvellement de la pratique individuelle. Fréchette (2007 : 123) estime que cette approche « a donné lieu à quelques avancées intéressantes pour introduire la dimension communautaire dans l'intervention psychosociale ».

Malheureusement, pour différentes raisons, notamment la confusion entourant son appellation, l'approche définie plus particulièrement pour les CLSC n'a pas connu les succès escomptés. La réticence des travailleuses sociales, tant de l'intervention individuelle que de la pratique de l'organisation communautaire (Favreau et Hurtubise, 1993), à s'engager dans une nouvelle avenue, de même que les difficultés de promotion de l'approche et d'accompagnement pour son implantation dans les CLSC du Québec, sont autant de motifs qui expliquent sa mise à l'écart. Cependant, les conditions prévalant aujourd'hui autour de la nécessité d'un renouvellement des pratiques sociales favorisent une adaptation de cette approche non seulement en intervention individuelle, mais aussi de groupe et collective.

Le guide de référence (Gingras, 1991) résume les caractéristiques de l'approche communautaire, ses postulats de base, ses buts et objectifs; il s'avère un précieux outil pour les travailleuses sociales désireuses d'approfondir et d'expérimenter cette approche. L'auteur y élabore une méthodologie de l'intervention toujours d'actualité, mettant en évidence une façon autre de réaliser le processus d'intervention généralement adopté dans l'intervention sociale individuelle. La mobilisation du « collectif d'intervention », et ce, dès le premier contact, est crucial dans la démarche proposée :

« Le premier contact constitue une étape importante dans le processus, l'intervention est déjà mise en œuvre. C'est à ce moment que l'intervenante informe sur sa façon de faire le rôle qu'elle entend jouer et qu'elle négocie avec la personne les premiers éléments d'un contrat qui sera en continuelle révision tout au long du processus. Déjà, l'intervention situe le problème présenté dans un contexte plus large en faisant le lien avec les éléments les plus importants de l'environnement social de la personne. C'est à cette étape qu'il y a évaluation du degré d'urgence d'agir et qu'il y a intervention conséquente. » (Gingras, 1991 : 44)

Une version revisitée de l'approche communautaire dans les services cliniques (Tremblay, Boucher et Bergeron, 2016) a fait l'objet d'une formation organisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), en collaboration avec le CISSS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

L'approche de réseau

L'approche de réseau, expérimentée en CLSC et pratiquée dans d'autres établissements du réseau public québécois, offre des perspectives similaires aux approches sociocommunautaire et communautaire :

« Réunir le réseau social donne accès à des compréhensions multiples, variées et même souvent contradictoires des problèmes. Élargir la définition du problème permet d'aborder différentes dimensions d'un problème (individuelles, familiales, sociopolitiques, économiques), de favoriser la collectivisation et une prise en charge autonome des acteurs. » (Roy, Boucher et Bourque, 1989 : 24)

Les premières expérimentations de l'intervention en réseau au Québec remontent au début des années 1980 (Blanchet, Dauphinais et Lavigreur, 1981; Brodeur et Rousseau, 1984; Corin, Tremblay, Sherif et al., 1984). Jérôme Guay, psychologue communautaire, a contribué de façon exceptionnelle à faire connaître ce modèle d'intervention autant par ses nombreux écrits qu'à titre d'enseignant universitaire, chercheur, formateur et superviseur clinique. Son livre *Thérapie brève et intervention de réseau, une approche intégrée* (1992) a servi de matériel de base à la formation de nombreux intervenants des milieux institutionnel et communautaire du Québec. Guay (2008) a expérimenté, au fil du temps, principalement deux approches : réseau et milieu. L'approche de réseau et l'approche milieu sont définies de la façon suivante :

« Les interventions de réseau ciblent les personnes qui font partie de l'environnement social de la personne en difficulté, en les engageant activement dans la résolution des difficultés à toutes les étapes d'un cheminement critique... À la différence de l'approche réseau, l'approche milieu ne cible pas directement les personnes en difficulté, mais les personnes qui partagent le même milieu de vie dans les communautés locales. Elle vise à intervenir avant que la situation ne soit trop détériorée, de façon à pouvoir recourir aux compétences des personnes et des proches. » (Guay, 2008 : 249)

De ses nombreuses implications dans différents projets visant l'expérimentation des approches de réseau et milieu, Guay (2008 : 280) mentionne l'expérience du CLSC des Pays-d'en-Haut, dans la région des Laurentides, au tournant des années 1990, comme étant l'une des plus marquantes. Ce qui, selon lui, a caractérisé cette expérience est la qualité du soutien que le CLSC a procuré aux personnes aidantes de la communauté, qui ont été invitées à joindre les équipes milieu en tant qu'agentes de réseau « Leur rôle consistait à faire le lien entre les professionnels et les réseaux sociaux des communautés impliquées et à donner un soutien constant et suivi aux personnes dans le besoin, en collaboration étroite avec les professionnels » (Guay, 2008 : 10).

Six équipes milieu ont remplacé les programmes, et les membres se réunissaient toutes les semaines dans le but d'étudier les nouvelles demandes et de réviser les prises en charge. Ces rencontres permettaient également d'assurer la supervision clinique. Des chercheurs du partenariat de recherche ARIMA (2015) considèrent ce type d'intervention comme incontournable, puisque les travailleuses sociales sont de plus en plus sollicitées pour travailler avec les réseaux des personnes : la famille, l'école, le milieu de vie, etc. L'un des projets de recherche en cours, qui porte sur la première implantation de l'approche « Vieillir en santé » de la région de Thetford Mines, est une illustration d'un type de pratique orientée vers la communauté, prenant en compte les dimensions systémique et structurelle de l'intervention sociale. L'approche développée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), inspirée de Villes et villages en santé, vise la mobilisation des différents partenaires d'un territoire, en vue de la constitution d'un inter-réseau reliant des réseaux familiaux, publics et communautaires, afin de mieux coordonner les actions destinées aux personnes âgées du territoire.

Il est à souhaiter que l'approche « Vieillir en santé », basée sur la concertation et le partenariat avec le milieu, puisse avoir une influence positive sur la structure organisationnelle du réseau public en favorisant une modification et un élargissement des pratiques des travailleuses sociales appelées à jouer divers rôles : accompagnement, soutien, défense de droit et mobilisation de ressources, et ce, en concertation avec les familles et les organismes communautaires et institutionnels du territoire.

CONCLUSION

Notre proposition de modèle d'intervention sociale concertée, axée sur la communauté, doit être envisagée comme l'une des réponses démocratiques à développer en regard de l'éloignement des centres décisionnels accentué par la dernière réforme du réseau de la santé et des services sociaux. Notre proposition peut en outre se déployer dans les CISSS par des interventions visant l'amélioration des conditions de vie des populations les plus vulnérables. Elle vise aussi à décloisonner les méthodes d'intervention et à encourager les acteurs à intervenir dans une logique transversale, en continuité, pour faire face aux problèmes sociaux.

Les nouveaux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont confrontés à des exigences qui nécessitent plus que jamais des pratiques de proximité structurées en alliance avec les usagers des services et les membres de leurs communautés. Le renouvellement démocratique des pratiques sociales, « qui n'est pas un acte susceptible d'être accompli une fois pour toutes » (Karsz, 2009 : 176), devient un enjeu de taille dans ce contexte de transformation du réseau public. L'éthique des pratiques, suivant les nouveaux enjeux des transformations, exige de se renouveler sans cesse :

« Outre les valeurs que nomme Carl Rogers, la position éthique du travail social nécessite de respecter la singularité, la liberté et l'autodétermination de chaque personne, de reconnaître ses compétences et capacités. » (Bouquet, 2017 : 61)

Le principal défi sera de mobiliser le plus grand nombre possible de travailleuses sociales et de partenaires, dont les chercheurs universitaires, souhaitant réfléchir sur la place que devrait occuper l'intervention sociale individuelle dans le réseau public et sur les multiples façons de contribuer au bien-être des citoyens utilisateurs de services. Croiser les savoirs en présence de tous les acteurs – professionnels, personnel administratif, utilisateurs des services – constitue une voie à privilégier. La formation en travail social doit aussi préparer les futures travailleuses sociales à jouer un rôle actif dans le contexte de la NGP :

« Plus que jamais, il faut leur permettre d'acquérir les savoirs théoriques, méthodologiques, pratiques et éthiques pour qu'elles puissent continuer à articuler un contre-discours. » (Gusew, 2017 : 43)

ABSTRACT:

This paper presents a brief recap of the major reform of Québec's health and social services system and its impact on the practice of social work. Faced with the structural changes, practitioners must reposition themselves and establish new benchmarks in their practices. The authors suggest an integrated and concerted practice model, linking individual and community intervention. This approach seeks to foster the dialogue needed to develop a common understanding of the problems encountered by workers in a given community and promote working together in a complementary way. This vision of social work calls for a return to fieldwork outside the walls, to reach the most vulnerable.

KEYWORD:

Social work, integrated model, community work, collaboration, work outside the walls

RÉFÉRENCES

- Alary, J. et F. Lesemann (1975). *Rapport de l'équipe bilan. Étude des dimensions sociale et communautaire. Opération Bilan*, Centres locaux de services communautaires, Montréal, 20 juin 1975.
- ARIMA (2015). En ligne : <http://arimarecherche.ca/>, consulté le 22 mai 2015.
- Auclair, R. et C. Lampron (1987). « Approche intégrée : une innovation dans la dispensation des services sociaux », *Service social*, vol. 36, n° 2/3, 315-341.
- Baril, F. (1997). « L'évolution des pratiques d'approche communautaire en CLSC, de 1994 à 1996 », mémoire de maîtrise, École de service social, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- Blanchet, L., Dauphinais, R. et H. Lavigneur (1981). « L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, 126-132.
- Bouchard, I. (2012). *L'intégration des trois méthodes d'intervention dans les stages en travail social*, Unité d'enseignement en travail social, Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi.
- Bouquet, B. (2017). « Aspects éthiques de la relation clinique en service social », *La revue française de service social*, n° 265, 59-65.
- Bourgon, M. et A. Gusew (2007). « L'intervention individuelle en travail social », dans J. P. Deslauriers et Y. Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social* (2^e édition), Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Bourque, D. (1985). « L'approche communautaire en centre local de services communautaires : les enjeux en cause et les conditions requises », *Service social*, vol. 2-3, n° 34, 328-339.
- Bourque, D. (2009a). « Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenantes sociales du Québec », colloque européen (CEFUTS). *Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires*, Université Toulouse 2, Cahiers de recherche 0907, Chaire de recherche du Canada.
- Bourque, D. (2009b). « La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales », *Intervention*, n° 131, 161-171.
- Bourque D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M. et D. Maltais (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*, Rapport de recherche, Cahier numéro 1004, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire.
- Bourque, D. (2011). *Document de présentation sur l'approche communautaire*, présenté à la Clinique de Pointe-Saint-Charles, 14 mars 2011.
- Bourque, D. (2017). « Partenariat et intervention collective : deux avenues de renouvellement du travail social », *V.S.T., revue du champ social et de la santé mentale*, n° 134, 2^e trimestre, 30-36.
- Bourque, D. (2017). Évolution et enjeux de la transformation du travail social au Québec, communication dans le cadre du Colloque international, « Les mutations du travail social : regards croisés sur l'état des lieux et perspectives internationales », Université du Havre – IUT du Havre (France), 23 et 24 mars 2017, cahier n° 17-05.
- Bourque, M., Grenier, J., Pelland, D. et L. St-Germain (2015). *L'action communautaire autonome en santé et services sociaux Mauricie Centre-du-Québec*, Rapport de recherche soumis à la Table régionale des organismes communautaires du Centre-du-Québec et de la Mauricie (TROC/CQM).
- Brodeur, C. et R. Rousseau (1984). *L'intervention de réseaux, une pratique nouvelle*, Éditions France-Amérique.
- Caillouette, J., Roos, J.-F. et J.-F. Aubin (2013). « Les enjeux de l'intervention sociale territoriale », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n° 1, 19-34.
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, programmation de recherche : proximité et recherche sur les interventions, les services et leurs modalités (PRISM). En ligne : <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=780>.

- Corin, E., Tremblay, J., Sherif, T. et L. Bergeron (1984). « Entre les services professionnels et les réseaux sociaux : les stratégies d'existence des personnes âgées », *Sociologie et vieillissement*, vol. 6, n° 2, 89-104.
- Créteur, L. (2011). Repenser l'action collective, un nouveau défi pour les travailleurs sociaux. En ligne : <https://blogs.mediapart.fr/lcreteur/blog/071211/repenser-laction-collective-un-nouveau-defi-pour-les-travailleurs-sociaux>, consulté le 11 août 2017.
- Couturier, Y., Rancourt-Morin, F. et F. Aubry (2013). *Projet de recherche ARIMA : le développement de réseaux liant un CSSS et cinq communautés dans le cadre de l'approche Vieillir en santé du territoire du CSSS de la région de Thetford*.
- Custeau, D. et al. (1975). *Opération Bilan*, rapport du groupe d'étude sur le fonctionnement des CLSC, Québec : Québec.
- David, F. (1991). « La réforme Lavoie-Roux-Côté entre la vertu et la pratique... tout un océan d'incertitudes : document d'analyse sur la réforme de la santé et des services sociaux », dans J. Lamoureux (dir.), *Montréal : L'R des centres de femmes du Québec et Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*.
- Favreau, L. et Y. Hurtubise (1993). *CLSC et Communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Fournier, J. (2016). *Pour habiller qui?* En ligne : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/466552/pour-habiller-qui>.
- Fréchette, L. (1996). « Quand le local et le social sont menacés en CLSC : le défi de maintenir le cap sur la prévention », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, n° 2, 3-15.
- Fréchette, L. (2007). « L'approche sociocommunautaire dans le développement social des communautés » : 119-136, dans D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.), *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratiques*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Gingras, P. (1991). *Le traitement des demandes individuelles d'aide selon l'approche communautaire*, guide de référence, Fédération des CLSC, Gouvernement du Québec.
- Gonin, A., Grenier, J. et J.-A. Lapierre (2013). « La souffrance éthique au travail : l'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux », *Reflets*, vol. 19, n° 192, 85-110.
- Gray, M., Plath, D. et S. Webb (2009). *Evidence-based Social Work: A Critical Stance*, Londres : Routledge.
- Grenier, J., Bourque, M. et N. St-Amour (2016). « La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion? », *Intervention*, n° 144, 9-20.
- Grenier, J., Bourque, M. et N. St-Amour (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. La nouvelle gestion publique ou le démantèlement progressif des services sociaux*. <http://www.riocm.ca/recherche-levolution-services-sociaux-au-quebec-ngp/>, consulté le 15 août 2017.
- Grenier, J. et J. Chénard (2013). « Complexité et intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs, individuel et de groupe dans une situation litigieuse », *Intervention*, n° 138, 56-71.
- Grenier, J. (2012). *Regards d'ainés : justice, autonomie et responsabilité partagée*, thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Girard, I. (s.d.) *Clinique publique ou privée?* <http://www.lepointensante.com/index.php/component/k2/item/256-clinique-privée-ou-publique>, consulté le 22 février 2017.
- Guay, J. (2008) « L'intervention de réseau et l'approche milieu », dans J. Guay et F. Dufort (dir.), *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*, 5^e édition, Québec : Presses de l'Université Laval.

- Gusew, A. (2017). « L'intervention clinique en travail social au Québec : quels défis? », *La revue française de service social*, vol. 2, n° 265, 35-43.
- Jaeger M. (2013). « Crise du travail social et territoires : quelques pistes de réflexion », *Informations sociales*, vol. 5, n° 179, p. 58-68.
- Jetté, C. (2007). *Le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), une politique publique de financement innovante*, Montréal, Cahiers du LAREPPS, École de travail social, Université du Québec à Montréal, n° 07-12, 1-30.
- 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.
- Karsz, S. (2010). « Le renouvellement démocratique des pratiques. Témoignage, pari, métaphore », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 1.
- Larivière, C. (2013). « Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? », *Intervention*, n° 136, 30-40.
- Larivière C. (2007). « La transformation des structures par la nouvelle gestion publique. Évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation » : 53-69, dans É. Baillergeau et C. Bellot (dir.), *Les transformations de l'intervention sociale entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (2005). « Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale », communication, Congrès international francophone du service social à Caen. En ligne : http://www.rasmq.com/documents/Activites/RN_2010_Les-risques-NGP.pdf, consulté le 15 août 2017.
- Le Bart, C. et R. Lefebvre (2005). *Une nouvelle grandeur politique? La proximité en politique*, Presses de l'Université de Rennes, cité dans *Programmation de recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale*, Proximité et recherche sur les interventions, les services et leurs modalités (PRISM).
- L'Observatoire de l'administration publique (2012). *L'État québécois en perspective*. Le réseau de la santé et des services sociaux. En ligne : http://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat_quebécois/a-sss.pdf.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*, Boucherville : Gaétan Morin.
- Mayer, R. et L. Groulx (1987). *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960*, Québec : Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- Mercier, C., Bourque, D. et L. St-Germain (2009). *Rapport réalisé dans le suivi du Séminaire sur la participation citoyenne et le développement des communautés*, la revue Développement social et de l'ARUC-ISDC, Série « Documentation et diffusion », n° 8.
- Moreau, N. et S. Lapierre (2011). « Le travail social : problèmes et promesses. Entrevue avec Danilo Martuccelli », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 17, n° 1, 16-28.
- Morin, E. (2004). *La Méthode – t. 6 : Éthique*, Paris : Éditions du Seuil.
- Morin, P., Allaire, J.-F. et P.-L. Bossé (2015). *Intervention de proximité en CSSS, une pratique de pointe du CSSS-IUGS, Guide d'accompagnement*, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 48 p.
- Morin, R. et M. Rochefort (2003). « L'apport des services de proximité à la construction d'une identité de quartier : analyse de services d'économie sociale et solidaire dans trois quartiers de Montréal », *Recherches sociographiques*, vol. 44, n° 2, 267-290.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*.

- Parazelli, M. et S. Dessureault (2010). « Prévention précoce, nouvelles gestion publique et figures d'autorité », *Les politiques sociales*, n^{os} 1 et 2, 13-26.
- Plourde, A. (2016). « Des CLSC aux GMF », *IRIS*, billet de blogue, <http://irisrecherche.qc.ca/blogue/des-clsc-aux-gmf>, consulté le 16 août.
- Prud'homme J. (2008). L'expertise professionnelle et l'État-providence. Les travailleurs sociaux québécois et la « technocratisation » du service social, 1970-2000, *Revue d'histoire de l'Amérique française*, Vol. 62, n^o 1, 2008, p. 95-109.
- Ravon, B. (2016). « Souci du social et action publique sur mesure », *Sociologies, Théories et recherches*. En ligne : <http://sociologies.revues.org/2713>, consulté le 11 décembre 2016.
- Renaud, M. (1977) « Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé », *Sociologie et sociétés*, vol. 9, n^o 1, 127-152.
- Richard, S. (2014). *L'impact des normativités organisationnelles et professionnelles sur la santé psychique des travailleurs sociaux : enjeux pour la pratique du travail social*, thèse de doctorat, Université Laurentienne.
- Richard, S. et M. Mbonimpa (2013). « La souffrance psychique et morale au travail – Enjeux pour les professionnels du secteur de la santé et des services sociaux », *Reflets*, vol. 19, n^o 2, 10-24.
- Robillard, J. P. (2015). *Les coupes de subventions aux GMF auront des impacts sur les patients*. En ligne : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2015/01/22/003-quebec-compressions-groupes-medecine-familiale-engagements-cibles.shtml>, consulté le 21 avril 2016.
- Robillard, J. P. (2013). *Québec veut serrer la vis aux groupes de médecine familiale*. En ligne : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2013/06/11/008-groupes-medecine-familiale-penalites-quebec.shtml>.
- Roy, L., Boucher, Y. et D. Bourque (1989). *L'intervention en réseaux en CLSC : rêve ou réalité? Expérimentation sur l'intervention en réseaux au CLSC Seigneurie de Beauharnois*, 82 pages.
- Turcotte, D. et J.-P. Deslauriers (2011). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, J., Boucher, Y. et D. Bergeron. « L'approche communautaire des services cliniques », journées de partage et de formation, guide du participant, CISSS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, février 2016.
- Tremblay, P. A. (2013). « L'intervention sociale territoriale en trois questions », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n^o 1, 50-66.
- Turgeon, J., H. Anctil et J. Gauthier (2003). « Le ministère et le réseau : continuité ou rupture? » dans V. Lemieux et coll., *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, 2^e éd., Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 93-117.