

# La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales

par

*Denis Bourque*, Ph. D., t.s.

Professeur

Département de travail social

et des sciences sociales

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada

en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais

Courriel : Denis.Bourque@uqo.ca

Government policies and organizational changes had an impact on social work practice through the years (individual or community work).

La transformation des institutions et les politiques gouvernementales ont eu un impact sur la pratique des travailleurs sociaux (en intervention individuelle ou en organisation communautaire).

La création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2003 visait à augmenter l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en les inscrivant dans des réseaux locaux dans une optique de responsabilité populationnelle partagée entre les différents dispensateurs de services (public, communautaire et privé). Il existe 95 CSSS au Québec qui se veulent les vecteurs institutionnels de transformations profondes dans la gestion des services sociaux et de santé de première ligne, ainsi que dans les pratiques professionnelles des personnels impliqués. Ces transformations sont toujours en cours et il serait pour le moins hasardeux d'en faire une évaluation globale. Même si elles comportent des dimensions intéressantes et prometteuses, nous avons pu déjà noter, dans des recherches réalisées et en cours

***Intervention*, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 131, hiver 2009 : 161-171.

(Bourque, 2007; Lachapelle, 2007; Lachapelle, Bourque et Foisy, 2009), que ces transformations ont modifié les rapports aux collectivités établis auparavant par les CLSC, entraîné un alourdissement des structures de gestion et marqué une pénétration plus grande des principes de la nouvelle gestion publique (NGP) et de la logique médicale curative.

Dans cet article, nous examinerons les grandes composantes de la transformation institutionnelle des CSSS comme milieu majeur de pratique du travail social individuel et collectif au Québec. Nous nous attarderons aux dimensions politiques, administratives et professionnelles de ces transformations. Par la suite, nous examinerons les conséquences connues de ces transformations sur les pratiques de deux catégories de travailleuses sociales. Enfin, nous explorerons les stratégies déployées par ces intervenantes pour agir sur ces composantes et ces dimensions qui structurent leurs pratiques, et les questions que cela pose pour la formation en travail social<sup>1</sup>.

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

Le réseau public de santé et de services sociaux a connu de nombreuses réformes depuis sa création initiale au début des années 1970. Inspiré du Welfare State britannique, le système public québécois a été construit sur les principes d'accessibilité, d'universalité et de gratuité. De plus, ce système se caractérisait par une liaison étroite entre le social et la santé communautaire, un accent sur la prévention et une place importante faite à l'organisation communautaire comme méthode d'intervention collective professionnelle vouée au développement et au soutien de l'action sociale et du mouvement communautaire. En fait, le système sociosanitaire public québécois apparaît dès le début comme un compromis entre les forces sociales qui revendiquaient des services collectifs pris en charge par l'État et les courants technocratiques qui voulaient mettre

en place un système de soins de santé et de services sociaux pouvant mieux soutenir le modèle fordiste de développement économique. Le fordisme repose sur un compromis édifié entre le mouvement ouvrier et le patronat qui favorise la production et la consommation de masse basées sur une hausse constante de la productivité. Dans le modèle fordiste, le salaire indirect (sécurité sociale, assurance-chômage, etc.) ainsi que les services collectifs (santé, éducation, etc.) sont généralement institutionnalisés sous la forme de l'État-providence. Cela donna lieu au Québec au déploiement d'un réseau public d'abord créé à partir des anciennes institutions acquises des communautés religieuses. À ces institutions s'ajoutent de nouvelles structures locales, les centres locaux de services communautaires (CLSC), nés d'expériences citoyennes innovantes, qui ont pour mission l'accès à une gamme de services sociaux, de santé et d'organisation communautaire. La promotion de ce système public est fondée sur un nouveau discours. La santé devient une question de droit et relève désormais de la responsabilité de l'État (Boudreau, 1984).

Après une courte période historique de montée de l'État-providence de 1960 à 1980, une première période de crise débute dans les années 1980. Les services publics sont remis en question en raison des coûts associés à la gestion étatique centralisée, de l'augmentation croissante de la demande causée par le vieillissement de la population et de la dislocation du tissu social, alimentée par la mondialisation et le chômage, et par une tendance à la baisse des entrées fiscales tirées des revenus d'emploi (Vaillancourt et al., 2000). Les modèles de sortie de crise de l'État-providence (Martin, 1997) varieront selon les types de configuration que les États articuleront entre les composantes publique, domestique, marchande et non marchande (économie sociale ou communautaire) du «welfare». Les modèles néolibéraux, comme aux États-Unis, privilégient la composante marchande ou le recours au secteur privé. En Grande-Bretagne, on privilégie une combinaison compétitive entre la composante marchande (privé) et celle à but non lucratif dans le cadre de «quasi-markets» régulés par la composante publique comme en Grande-Bretagne. De leur côté, les modèles

plus sociodémocrates abandonnent peu à peu le principe de l'universalité, réduisent l'importance de la composante publique et valorisent les composantes à but non lucratif.

Depuis le milieu des années 1980, l'État social est en crise, crise des finances publiques et crise de légitimité (Jetté, Lévesque, Mager et Vaillancourt, 2000). Malgré les gains apportés par l'État-providence au sujet de l'accessibilité aux services collectifs, de leur universalité et de leur gratuité, la régulation providentialiste comporte des aspects problématiques, dont la centralisation technobureaucratique et un déficit démocratique dans le contrôle des services collectifs (Vaillancourt et Tremblay, 2001). Cette régulation a également pour effet de freiner l'innovation, de rendre le réseau public difficilement en mesure de s'adapter aux changements et encore plus de contrer l'augmentation des problèmes sociaux. Le partage de la légitimité et des compétences entre l'État, le marché et la société civile fut alors remis en question, ce qui est toujours le cas depuis.

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

- 1- L'orientation sociale-étatiste qui vise la continuité du providentialisme;
- 2- L'orientation néolibérale qui prône un État minimal et le recours aux lois et aux forces du marché;
- 3- L'orientation démocratique et solidaire qui propose une troisième voie entre l'État et le marché autour du renforcement des collectivités, de l'économie sociale et des associations à but non lucratif soutenues par l'État, et où la société civile se produit elle-même et se densifie sous l'impulsion de l'expérimentation et de l'innovation sociales (Groulx, 1993).

La plus récente réforme est marquée par la nouvelle gestion publique qui, selon Larivière (2005), apparaît avec l'adoption de la loi 120 en 1991 (*Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*), qui introduit les notions de décentralisation, de visée de résultats, de rendement,

d'accessibilité, de continuité accrue, de responsabilisation des prestataires de services ainsi que de satisfaction des « clients ». Depuis une vingtaine d'années, la NGP « fait partie d'un ensemble de recommandations destinées à mettre fin à des formes d'État-providence jugées illégitimes et productrices d'effets anti-économiques [...] et à nier toute différence entre le secteur privé et le secteur public » (Merrien, 1999 : 95).

Essentiellement, la NGP vise à restreindre le rôle de l'État dans la société et à mieux utiliser ses ressources en ciblant davantage leur usage et leur contrôle, dans un contexte où leur disponibilité est limitée par des gouvernements peu disposés à investir dans des mesures sociales (Larivière, 2005). Dans les faits, les principes de la NGP se sont adaptés aux contraintes et aux occasions propres au Québec, telles que les a façonnées l'action des forces politiques et sociales. Ainsi, la décentralisation chère à la NGP est plutôt vécue sous un mode de déconcentration administrative. De plus, la participation des utilisateurs précocisée dans le discours de la NGP a été fortement réduite dans les conseils d'administration des institutions publiques et a été plutôt reléguée à des comités d'usagers. Les citoyens-utilisateurs sont ramenés au rôle et au statut de clients. Enfin, l'approche de l'excellence sur le plan de la livraison des services est définie par la NGP en fonction de critères d'efficacité et d'une accentuation des formes de contrôle qui sont souvent en contradiction avec les critères de qualité des pratiques, voire de l'éthique professionnelle.

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

Les transformations législatives et administratives à l'origine des réformes du système socio-sanitaire québécois depuis les années 1990 ont pris un virage particulier au début des années 2000. En décembre 2003, le nouveau gouvernement libéral fait adopter la loi 25 (*Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*) qui met en place les 95 CSSS qui ont pour mandat d'améliorer l'état de santé des populations en assurant, entre autres, une meilleure accessibilité et une meilleure continuité des services. Cette loi représente une rupture avec les orientations

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

La loi 25 a imposé la création de CSSS issus de la fusion des établissements publics existants sur un territoire donné. Il existait déjà dans plusieurs régions au Québec des Centres de santé qui regroupaient un CLSC, un ou des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et un centre hospitalier (CH) de soins généraux de petite taille, soit habituellement moins de 50 lits. Ces centres de santé se sont transformés en CSSS avec une mission nouvelle, mais avec la même structure institutionnelle et le même territoire. Il en est autrement d'une majorité des nouveaux CSSS dont la création impliqua des centres hospitaliers (CH) de soins généraux et spécialisés (et comportant des centaines de lits) avec un ou plusieurs CLSC, dont le budget et le nombre d'employés représentent une fraction de ceux des CH en question. Le territoire du réseau « local » tend à correspondre alors au bassin de desserte du centre hospitalier qui peut, selon le cas, regrouper le territoire d'un ou de plusieurs CLSC. Comme il existe maintenant 95 CSSS au Québec comparativement à 145 CLSC ou centres de santé auparavant, on peut constater que plusieurs territoires des nouvelles structures sont davantage sous-régionaux que locaux. De plus, la mission hospitalière devient centrale de la plupart des CSSS, puisque le budget et les priorités de cette mission pèsent évidemment beaucoup plus lourd que la mission de services sociaux et même de santé publique.

En matière de 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. À cet effet, on adopte l'approche par programme qui vise neuf priorités sous forme de programmes, retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces programmes sont la santé publique, les services généraux, la perte d'autonomie liée au vieillissement, la déficience physique, la

déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, les jeunes en difficulté, la santé mentale et la santé physique. Tous ces programmes font l'objet d'ententes de gestion entre les CSSS et le MSSS, grâce aux agences régionales, accompagnées d'indicateurs quantitatifs de résultats et de pénalités financières en cas de non-respect.

Avec l'adoption, en 2005, du projet de loi 83 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*), chacun des CSSS doit produire un Projet clinique (MSSS, 2004) répondant aux besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire selon une approche populationnelle, mais aussi en fonction des programmes du MSSS, le tout sans argent frais. La loi 83 stipule que les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation des partenaires du territoire à la définition du projet clinique qui doit comprendre les modalités de collaboration des réseaux public et communautaire. Ces modalités passeront, entre autres, par des ententes de services. À ce sujet, le MSSS stipule que les organismes communautaires doivent définir avec le CSSS de leur territoire, sur une base libre et volontaire, les modalités de leur collaboration à une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de l'autonomie des organismes communautaires (MSSS, 2004 : 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 des processus : « Les centres de santé et de services sociaux, pour assurer une qualité de services et une hiérarchisation appropriée de l'accès aux services, doivent mettre en place des mesures découlant de la standardisation des pratiques, des stratégies et des processus. » (MSSS, 2004 : 25). Ce principe constitue une menace pour les pratiques d'intervention sociale en les soumettant à des protocoles et des pratiques en provenance du champ de la santé, mais aussi pour

les pratiques des organismes communautaires dont l'accent mis sur le contact humain et chaleureux (approche globale, prévention, etc.) en fait justement la qualité. Les principes de hiérarchisation et de standardisation contrastent avec le discours de mobilisation de partenaires autonomes pour la définition d'un projet clinique aux couleurs locales.

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

« D'une part, la standardisation vise l'alignement des pratiques avec des normes et des standards reconnus et applicables aux contextes locaux. La standardisation s'applique aussi aux pratiques cliniques individuelles et de groupe par le biais de l'adhésion à des protocoles ou lignes directrices fondés

sur les données probantes ou les meilleures pratiques selon les consensus d'experts» (MSSS, 2004 : 25).

Cette propension à la standardisation des pratiques est renforcée par la montée en importance de la logique médicale curative et de sa propension aux protocoles cliniques, dans les institutions de santé et de services sociaux de première ligne au Québec. De plus, avec la création des CSSS, nous pouvons noter une diminution de la proportion des supérieurs immédiats des travailleuses sociales qui ont une formation de base en travail social (- 4,5 %) au profit d'autres formations en santé, notamment en soins infirmiers (+ 3 %), et cela, en l'espace d'une seule année soit de 2006 à 2007 (Larivière, 2007). Les résultats de l'enquête prévue en 2008 permettront de vérifier si cette tendance se maintient.

### **Logiques gestionnaire, médicale curative et de santé publique**

La transformation du réseau public de services sociaux met en présence au moins trois logiques. En premier lieu, la logique gestionnaire met l'accent sur l'atteinte de résultats quantitatifs fixés de manière centrale par l'appareil politico-administratif et associés à des ententes contractuelles contraignantes. Il s'agit de produire des services publics selon les standards du secteur privé au moyen d'outils de contrôle des interventions et de mesure de satisfaction de la clientèle. La productivité est mesurée à l'aide de systèmes d'information sophistiqués et les actes professionnels sont découpés et rationalisés à la lumière des données probantes et des meilleures pratiques. Les secteurs privé et communautaire sont mis à contribution dans un rapport plutôt favorable au premier. Selon Merrien (1999 : 101), l'« erreur fondamentale de la NGP est de porter les responsables à s'intéresser prioritairement à l'efficacité de leur organisation en négligeant la réponse aux besoins de la société ». C'est ce qui explique en partie la progression importante (+ 16,2 %) du nombre de cadres dans le réseau public de santé et de services sociaux entre 2003 et 2008 (Paquet, 2009).

En second lieu, les logiques médicale curative et de santé publique imposent, dans le premier cas, la mission hospitalière des CSSS et, dans le second, une certaine médicalisation des pro-

blèmes et des 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 intéressant qui promeut l'appropriation du pouvoir (*empowerment*) ainsi que l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

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

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

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

L'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec a cherché à connaître l'opinion de ses membres sur l'impact de la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). En plus de la tenue d'un colloque à Québec, un sondage en ligne a été réalisé, en 2007, pour explorer les conséquences de cette transformation majeure des structures organisationnelles sur les répondants et sur leur travail en CSSS. Le sondage en ligne a été proposé à 1 665 personnes, parmi lesquelles 26 % y ont répondu, soit 433 personnes travaillant en CSSS. De ce nombre, 83 % étaient des femmes. L'objectif du sondage visait à déterminer les conséquences de la transformation des structures organisationnelles et des pratiques professionnelles, ainsi qu'à explorer des moyens de soutenir les travailleuses sociales engagées dans cette réforme. Il est apparu, même si des conséquences sont déjà établies, que l'impact réel de la réforme devra être de nouveau mesuré au terme du processus de réforme qui est encore en cours dans la plupart des établissements.

Selon le rapport (Larivière, 2007), les répondants estiment que la création des CSSS a eu un impact passablement ou énormément important sur leur contexte de travail (75 %) : relations avec l'entourage professionnel, style de gestion de l'établissement où ils travaillent, présence ou absence d'encadrement et aspects bureaucratiques du fonctionnement de cette organisation. Selon cet auteur (2007 : 7), la création des CSSS « génère des effets secondaires tout à fait indésirables qui risquent d'atténuer ou d'annuler les effets positifs recherchés (accessibilité, continuité des services) ». De plus, les effets sur les tâches (nature, envergure, responsabilité) sont nommés par 49 % des répondants, ce qui indique que la transformation institutionnelle ne touche pas seulement les structures, mais également l'organisation du travail et les pratiques. À une question portant sur les situations vécues qui provoquent le plus de difficultés, les deux tiers des répondants ont choisi la catégorie : « Le style de gestion ne répond pas à mes attentes », ce qui fait dire à l'auteur du rapport que la tradition plus hiérar-

chique et technobureaucratique des centres hospitaliers risque d'accroître la distance entre le point de vue de la direction et celui des intervenantes sociales. Plus précisément, trois dimensions affectent négativement près de 50 % des répondants : « Mes valeurs sont en conflit avec celles de l'organisation » (54 %), « je vis une surcharge quantitative (charge de cas) » et « le travail d'équipe est insatisfaisant » (46 %). Plus du tiers des répondants soulignent des malaises autour de cinq affirmations : « Le soutien qui m'est offert [par mon employeur] » (44 % d'insatisfaction), « Je dois gérer une liste d'attente » (43 %), « Ma tâche est mal définie » (42 %), « Des contraintes sont imposées quant à la nature de mes interventions » (35 %), « Mon expertise n'est pas reconnue » (34 %). Cela n'empêche pas cependant 59 % des répondants d'être satisfaits de leur travail avec les personnes aidées et 10 % d'en être très satisfaits.

L'analyse de l'ensemble des données indique que la création des CSSS provoque un profond choc de culture où le social est relégué au second rang. De nombreux cadres récemment nommés connaissent très peu la réalité du travail social qu'ils sont appelés à soutenir et à gérer. Les travailleuses sociales souhaitent que les gestionnaires des CSSS encouragent des formes réelles de participation aux décisions qui les concernent et qu'ils les consultent sur les orientations qui affectent leur environnement de travail. Au-delà du style de gestion, Larivière (2007 : 15) souligne qu'« un malaise certain existe autour de l'organisation du travail qui constitue l'aspect qui provoque le plus de commentaires des répondants ». Différents aspects sont concernés : manque de stabilité et disponibilité de l'encadrement tant administratif que clinique, souhait d'avoir des tâches mieux définies et davantage de possibilités de développer son expertise, recherche de flexibilité, de reconnaissance accrue et d'équité. Les réponses formulées par les répondants montrent que, lorsque le CSSS ne répond pas à leur attente, ils développent des formules alternatives pour éviter les difficultés reliées à l'inexpérience, résoudre les cas complexes et éviter l'épuisement professionnel. Il peut s'agir de comités de pairs, de groupes de codéveloppement, d'échanges cliniques, d'entraide spontanée, ces moyens illustrant, selon Larivière (2007), la débrouillardise sociale.

Les résultats préliminaires d'une recherche en cours<sup>3</sup>, auprès de cadres et de travailleuses sociales de quatre CSSS œuvrant au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, apportent un éclairage additionnel. Les répondantes relèvent des avantages ou des gains associés à la création des CSSS dont le principal serait de dégager un espace pour une offre de services qu'un seul CLSC n'aurait pas été en mesure d'offrir. Cela rejoint l'analyse de Larivière (2005) qui souligne des éléments positifs provenant de la NGP, dont la création de tables de concertation se penchant sur diverses problématiques, des agents de liaison permettant d'assurer la continuité des interventions, des guichets uniques qui facilitent l'accès aux services et des réseaux intégrés de services devant permettre l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services.

Cependant, le rôle des travailleurs sociaux œuvrant au programme Perte d'autonomie liée au vieillissement se transforme en étant davantage orienté vers la gestion de cas et, comme le dit une directrice générale d'un CSSS, « ça devrait s'intensifier quant à moi ». La gestion de cas est une pratique principalement orientée sur l'évaluation, la planification et la coordination des services requis par la clientèle. Les cadres rencontrés en entrevue tiennent un discours assez cohérent sur ce changement, qu'il soit déjà effectif ou annoncé : à leurs yeux, le travail social va changer en matière de tâches, de perspective d'intervention et d'alourdissement. Ils sont unanimes sur le fait que la tâche en travail social passe de suivis psychosociaux à la gestion de cas. Un cadre précise que les travailleurs sociaux « continuent à faire du travail social, sauf que ce qu'ils ont moins le temps de faire c'est ce que j'appelle un processus thérapeutique, travailler des choses avec le client, un suivi régulier ».

Ces deux recherches indiquent qu'il existe un écart entre les objectifs et les promesses de la NGP sur la création des CSSS et la réalité sur le terrain. Comme le rappelle Larivière (2005), le discours de la NGP porte particulièrement sur la possibilité de rendre des services de meilleure qualité en les débureaucratisant et en valorisant les compétences et les initiatives individuelles, ce qui motiverait les employés à participer à l'atteinte des objectifs fixés.

Cependant, les institutions issues de la NGP se fondent sur une organisation du travail, du moins en ce qui concerne le travail social, qui tend à déqualifier l'expertise professionnelle acquise et prône l'accentuation des formes de contrôle ainsi que la recherche constante du rendement. Quant aux travailleuses sociales en intervention individuelle, leurs stratégies d'action face aux effets des logiques gestionnaires et médicales ne ressortent pas clairement de ces recherches. Il en est tout autrement des travailleuses sociales de la seconde catégorie.

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

Quelque 400 professionnels occupent la fonction d'organisateur communautaire au Québec, parmi lesquels 60% ont une formation universitaire initiale en travail social (Comeau, Duperré, Hurtubise, Mercier et Turcotte, 2008). L'organisation communautaire est avant tout une méthode d'intervention professionnelle qui :

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

Une telle conception de l'organisation communautaire est en contradiction avec les pratiques d'instrumentation des communautés et de changements programmés qui caractérisent certains 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 pourrait être associé à un rapport de domination de la part de l'institution à la

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

Cette distance entre la logique et l'éthique d'intervention en organisation communautaire et la logique gestionnaire pourrait expliquer pourquoi un CSSS de la région de Montréal (le seul heureusement au Québec) a pris la décision en 2007 de remplacer ses dix postes d'organisateur communautaire par des postes d'agent de planification, de programmation et de recherche<sup>4</sup>. Ce titre d'emploi renvoie à des fonctions de développement de services et de programmes institutionnels, alors que l'organisation communautaire soutient et développe l'action collective et associative. Il existe près de 2 000 agents de planification, de programmation et de recherche répartis entre le MSSS, les Directions régionales de santé publique et les Agences régionales de santé et de services sociaux, là où s'élaborent les programmes. Ce qui manque dans les services publics de santé et de services sociaux de première ligne, ce ne sont pas des planificateurs, mais des intervenants qui sont sur le terrain avec les populations pour qu'elles s'approprient ces programmes et les adaptent pour mieux répondre à leurs besoins et à leurs aspirations. Bien plus, les organisateurs communautaires, dont le travail se situe à la jonction de la société civile et des services publics, visent à transformer les problèmes collectifs en solutions collectives qui proviennent de processus de détermination 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 développement et de mobilisation des collectivités. Il s'agit de soutenir la capacité des collectivités d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de prendre en charge leur développement, avec comme conséquence positive l'amélioration de leur santé. Les problèmes de santé que rencontre la population québécoise sont, dans une très large mesure, évitables comme l'a démontré le Directeur national de la santé publique (MSSS, 2005). Ils découlent des conditions de vie et de l'environnement social auxquels s'adresse précisément l'organisation communautaire par l'action collective. Ce processus exige un soutien et des expertises qui

doivent résolument se mettre au service du processus participatif et démocratique plutôt que de chercher à le déterminer dans l'une ou l'autre de ses composantes ou de ses étapes. Aussi vaut-il mieux une initiative ou un projet qui mobilise les acteurs locaux qu'un programme évalué scientifiquement, mais auquel la collectivité n'adhère pas ou qui ne correspond pas aux particularités du milieu. Voilà l'une des contributions stratégiques de l'organisation communautaire en CSSS que les intervenantes réussissent à faire valoir avec un certain succès. Ce positionnement et ses résultats relatifs ne sont pas de génération spontanée, mais s'inscrivent dans un mouvement caractérisé par les éléments suivants :

- 1- Depuis 1988, ces intervenantes se sont dotées d'une association qui réunit sur une base volontaire la majorité des organisatrices et organisateurs communautaires des CSSS de toutes les régions du Québec, le Regroupement québécois des intervenantes et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC). Fonctionnant sur la base d'assemblées régionales, chacune déléguant une personne pour la représenter au conseil d'administration, l'association organise plusieurs rencontres régionales ou au moins un rendez-vous national par année (Comeau et al, 2008);
- 2- Il s'agit d'une véritable communauté de pratiques qui publie un bulletin de liaison trimestriel de quarante pages provenant de tous les coins du Québec. Distribuée à plus de trois cents exemplaires, cette brochure fait une place importante aux récits de pratiques, mais on y trouve aussi des comptes-rendus de conférences ou de colloques, des réflexions sur la vie professionnelle, des analyses et des prises de position sur les enjeux concernant la pratique professionnelle et le réseau public de santé et de services sociaux. Le site Internet de l'association (<http://www.rqiiac.qc.ca/>), une liste de discussion RQIIAC, les blogues et le recours de plus en plus répandu au courriel font aussi partie des outils au service des membres;
- 3- Le RQIIAC a surtout publié en 2003 un cadre de référence de la pratique d'organisation communautaire (Lachapelle, 2003)

qui voulait positionner cette pratique en milieu institutionnel du point de vue des intervenants concernés. La qualité de la production a amené plusieurs CLSC, et CSSS aujourd'hui, à reconnaître ce cadre de référence comme une plateforme de définition de l'organisation communautaire dans leur établissement. Ce cadre est d'ailleurs actuellement en révision en vue d'une nouvelle édition en 2010 qui tiendra compte du nouveau contexte provoqué, entre autres, par la création des CSSS et le développement de la santé publique;

- 4- Une recherche récente (Foisy, Bourque et Lachapelle, 2009), indique que plusieurs équipes d'organisation communautaire en CSSS ont investi les questions de l'encadrement administratif et de la supervision professionnelle afin d'influencer la mise en place de conditions plus favorables au développement des pratiques comme la création d'une équipe unique relevant d'un cadre supérieur, ainsi que la nomination d'un pair à titre de coordonnateur professionnel de l'équipe;
- 5- Le RQIIAC a développé des alliances avec les milieux de l'enseignement et de la recherche en organisation communautaire. Ces alliances contribuent à produire des connaissances sur l'organisation communautaire et à déterminer les besoins de développement des compétences professionnelles qu'elles soient d'ordre méthodologique, stratégique ou politique. La communauté de pratiques que représente le RQIIAC soutient activement l'évolution continue de l'organisation communautaire au Québec et permet de renforcer la légitimité de cette pratique (Comeau et al., 2008);
- 6- Enfin, les travailleuses sociales en intervention collective entretiennent des alliances avec les milieux communautaires et des mouvements sociaux sur les plans local, régional et national. Il s'agit des usagers et des utilisateurs de leurs services avec qui elles ont une convergence de vues quant à la pertinence de la coconstruction à l'échelle locale et d'une appropriation du développement local. Ce qui les réunit, c'est une perspective démocratique et solidaire où la contribution des programmes publics est

négociée, plutôt que les collectivités instrumentalisées au service d'une politique et d'une gestion centrées sur le désengagement ou le non-engagement de l'État.

## Conclusion

La nouvelle gestion publique, comme les logiques gestionnaires et médicales, comporte des enjeux importants et pose des défis de taille aux intervenants sociaux des CSSS au Québec. Quelles sont les stratégies déployées par les intervenants sociaux pour se préserver une marge de manœuvre et développer des pratiques professionnelles signifiantes? Quelles sont les nouvelles compétences à acquérir de leur part? Les réponses à ces questions sont différentes selon les catégories de travailleuses sociales. Ainsi, pour les travailleuses sociales en intervention individuelle, il est difficile de déterminer une ou des stratégies articulées pour composer avec la NGP et les logiques qui en découlent. Larivière (2007) souligne des moyens qu'il qualifie de débrouillardise sociale, comme la mise en place de comités de pairs, de groupes de codéveloppement, d'échanges cliniques, d'entraide spontanée, etc. Il constate par ailleurs que la solution alternative d'introduire des conseillers cliniques ayant une formation en travail social ne semble pas suffisamment généralisée. Du côté de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, mis à part l'enquête d'impact effectuée auprès de ses membres concernant la création des CSSS, la stratégie face aux transformations institutionnelles a surtout consisté à revendiquer des champs de compétence spécifique et des actes réservés aux travailleuses sociales professionnelles. Un référentiel de compétences (OPTSQ, 2006) a été élaboré et des représentations s'exercent sur les unités de formation universitaire en travail social pour que les programmes de formation y répondent. Ce référentiel fait par ailleurs l'objet de critiques de la part de certaines unités de formation en raison de son caractère jugé trop « technicisant ». En fait, il n'y a pas encore de consensus entre l'Ordre et les unités de formation universitaire sur l'orientation stratégique à adopter pour repositionner le travail social dans le réseau public de première ligne et adapter la formation en conséquence.

Le problème se pose autrement du côté des travailleuses sociales en intervention collective ou des organisatrices communautaires pour les motifs évoqués précédemment. Essentiellement, elles se sont donné des moyens organisationnels et opérationnels de développer des pratiques réflexives et interactives qui, comme l'ont démontré Comeau et al. (2008 : 154), leur permettent, 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 ».

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

### Descripteurs :

Centres de santé et de services sociaux (CSSS) - Québec (Province) // Services de santé - Politique gouvernementale - Québec (Province) // Services sociaux - Politique gouvernementale - Québec (Province) // Québec (Province). Loi sur les services de santé et les services sociaux // Pratique professionnelle // Service social - Pratique - Québec (Province) // Organisation communautaire - Politique gouvernementale - Québec (Province) // Administration publique - Québec (Province)  
Health and Social Service Centres (CSSS) - Quebec (Province) // Health services - Government policy - Quebec (Province) // Social services - Government policy - Quebec (Province) // Social services - Professional practice - Quebec (Province) // Community organization - Government policy - Quebec (Province) // Public administration - Quebec (Province)

### Notes

- 1 Pour obtenir davantage d'information sur le sujet, voir 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.
- 2 La méthode «lean» ou méthode Toyota est ouvertement promue par l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux au Québec, le Dr Yves Bolduc.
- 3 Cette recherche est menée conjointement par Denis Bourque, Danielle Maltais, Sébastien Savard, Marielle Tremblay et René Lachapelle. Le dépôt du rapport de recherche est prévu pour le 31 mars 2010.
- 4 Le titre d'emploi d'agent de planification, de programmation et de recherche est libellé ainsi : «Personne qui est chargée d'un ou plusieurs programmes dans le but de fournir une assistance professionnelle au développement des services. Elle assure les activités de recherche nécessaires à l'identification et à l'évaluation des ressources et des besoins. Elle conçoit et propose les plans et programmes de développement en vue d'assurer une planification adéquate des services. Elle fournit ses conseils relativement à l'implantation ou à l'amélioration de programmes et/ou de services. Elle peut participer aux différentes activités d'enseignement et de formation».

## Références

- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale*. Montréal : Éditions St-Martin.
- Bourque, D. (2007). Ententes de services et nouveaux rapports public/communautaire, *Intervention*, 126 (juin), 42-52.
- Comeau, Y., Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier, C., et Turcotte, D. (2008). *L'organisation communautaire en mutation. Études sur la structuration d'une profession du social*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Foisy, D., Bourque, D., Lachapelle, R., en coll. avec J. Sénéchal (2009). *La coordination professionnelle des équipes en organisation communautaire en CSSS : description, perspectives et enjeux*. Cahier 0901, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, UQO.
- Groulx, L.-H. (1993). *Le travail social : analyse et évolution; débat et enjeux*. Montréal : Agence d'arc.
- Jetté, C., Lévesque, B., Mager, L., et Vaillancourt, Y. (2000). *Économie sociale et transformation de l'État-providence dans le domaine de la santé et du bien-être. Une recension des écrits (1990-2000)*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lachapelle, R. (dir.) (2003). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques*. Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lachapelle, R., avec la coll. de D. Bourque (2007). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique. Rapport de recherche, RQIAC et ARUC-ISDC, Série Documentation et diffusion*, 5.
- Lachapelle, R., Bourque, D., Foisy, D, en coll. avec J. Sénéchal (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, UQO.
- Larivière, C. (2005). Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale. *Interaction communautaire*, 70 (automne), 13-16.
- Larivière, C. (2007). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Université de Montréal et Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Martin, C. (1997). La comparaison des systèmes de protection sociale en Europe. De la classification à l'analyse des trajectoires d'État providence, *Lien social et Politiques - RIAC*, 37, 145-155.
- Merrien, F.-X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique, *Lien social et Politiques*, 41, 95-103.
- MSSS (2004). *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal. Ministère de la Santé et des Services sociaux (Octobre).
- MSSS (2005). *Le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- OPTSQ (2006). *Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal : Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Paquet, S. (2009). Embauches à la Santé : un cadre de plus par jour, *La Presse*, 15 août.
- Parazelli, M., Hébert, J., Huot, F., Bourgon, M., Gélinas, C., Laurin, C., Lévesque, S., Rhéaume, M., et Gagnon, S. (2003). Les programmes de prévention précoce. Fondements théoriques et pièges démocratiques, *Service social*, 50, 81-121.
- Vaillancourt, Y., et Tremblay, L. (dir.) (2001). *L'économie sociale, dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada : une perspective interprovinciale*. Montréal, LAREPPS, UQAM.
- Vaillancourt, Y., Aubry, F., D'amours, M., Jetté, C., Thériault, L., et Tremblay, L. (2000). *Économie sociale, santé et bien-être : la spécificité du modèle québécois*. Cahiers de recherche 00-01. Montréal, LAREPPS, UQAM.