

Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité

par

Josée Chénard, T.S., professeure
Université du Québec en Outaouais
campus de Saint-Jérôme
Doctorante en Service social
Courriel : josee.chenard@uqo.ca

Josée Grenier, T.S., professeure
Université du Québec en Outaouais
campus de Saint-Jérôme
Ph. D. en Sciences humaines appliquées
option bioéthique

Description des logiques contradictoires en présence dans l'intervention sociale : la logique clinique du travail social, la logique administrative et la logique médicale.

Description of the contradictory logic models in social services: the administrative, the clinical, and the medical logics.

La transition d'un État-providence vers un État néolibéral a entraîné une transformation majeure des politiques sociales, des pratiques institutionnelles et de ses valeurs mettant en présence différentes logiques, dont la logique gestionnaire et la logique médicale (Bourque, 2009a). Cette *modernisation de l'État* est davantage au service du marché qu'à celui de la protection sociale des individus. Le soutien social, visant à assurer des conditions minimales de vie, tend graduellement à être délaissé au profit de préoccupations étatiques centrées sur la gestion des finances publiques. Au sein de cette réingénierie est adoptée une logique de nouvelle gestion publique (NGP) accordant une priorité à des valeurs d'efficacité, d'efficacité, d'atteinte de résultats, d'imputabilité et de performance des

acteurs (Bernier et Angers, 2010; De Gaulejac, 2005). En ce sens, De Gaulejac (2010 : 97) fait mention de préoccupations utilitaristes dans le but d'« améliorer la productivité ».

Proposant de nouvelles logiques d'action qui induisent des transformations considérables au sein des organisations et des programmes, ces orientations créent une nouvelle dynamique des relations entre acteurs et des pratiques professionnelles (Divay et Gadéa, 2008; Amadio, 2009). Elles véhiculent des logiques d'action susceptibles d'aller à l'encontre des valeurs fondamentales du travail social, construites à la base de principes humanistes. Optant plutôt pour une mesure quantitative de l'activité, les mutations organisationnelles prennent plus ou moins en considération la qualité et la réalité du travail effectué (De Gaulejac, 2005). L'intervenante sociale doit « produire » des services au meilleur coût possible; « il faut faire toujours mieux, de plus en plus vite, avec moins de moyens » (De Gaulejac, 2005 : 328). De surcroît, la charge de cas croissante permet difficilement un travail en profondeur et se gère davantage dans une optique de « gestion des risques ». Qualifiées de véritables « urgentologues » (Lavoie, Guberman, Montejo, Lauzon et Pepin, 2003), les travailleuses sociales¹ doivent évaluer les situations les plus prioritaires parmi les urgences. Elles se heurtent aux pressions exercées par les organisations pour réaliser des interventions rapides et de courte durée afin de favoriser l'accès aux services et de réduire les listes d'attente. À cette réalité s'ajoutent des protocoles et des outils standardisés qui encadrent et technicisent l'intervention et, du même coup, diminuent le temps alloué à l'intervention directe auprès des personnes, ce qui réduit considérablement la marge d'autonomie des intervenantes. Le travail exige d'établir des statistiques quotidiennes permettant d'objectiver, de mesurer et de compiler les interventions. Ces statistiques traduisent partiellement la réalité complexe du travail réalisé par les professionnelles et, dans certains

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 136 (2012.1) : 18-29.

milieux, elles servent à mesurer la performance de l'intervenante et à évaluer le coût des services par usager.

Les orientations prises au sein des institutions, la technocratisation, la bureaucratisation et la standardisation de la pratique s'expriment comme limites à l'exercice du travail social qui apparaît « comme un phénomène que nous construisons sans cesse » (Amiguet et Julier, 1996 : 1); une coconstruction avec la personne aidée dans un lien solidaire nécessitant un accompagnement. L'intervenante doit répondre à des impératifs organisationnels qui parfois vont à l'encontre des valeurs professionnelles. Ces dernières donnent un sens au travail et le « sens du travail est ici mis en souffrance » (De Gaulejac, 2005 : 237). L'ensemble des contextes génère un sentiment de surcharge, un état de stress, une souffrance chez les professionnelles (Amadio, 2009). Dejours (2006 : 132) introduit l'idée de souffrance éthique, « c'est-à-dire la souffrance que fait naître le conflit entre les convictions morales et l'injonction à participer à des actes qu'on réprouve ». C'est dans un souci de mieux comprendre l'origine des tensions vécues et ressenties par les intervenantes sociales, cette souffrance morale, que s'inscrit cette démarche de réflexion et d'écriture pour les auteures².

Le présent article vise à documenter les tensions émanant du schisme entre la logique clinique du travail social, la logique gestionnaire et la logique médicale. Devant cette « entreprise » de transformation idéologique et d'action, nous proposons l'éthique pour une pratique réflexive et de sens, souhaitant accorder la primauté à une logique où sont intimement liés processus cliniques et valeurs humanistes du travail social. Aussi, la solidarité est ici évoquée à titre de valeur fondamentale du travail social et constitue un paradigme inspirant pour contrer les logiques dominantes néolibérales, penser et créer autrement.

1. Des logiques d'action divergentes

L'intervention sociale engage, directement ou indirectement, de nombreux acteurs ayant tous leurs valeurs, leurs croyances et leurs intérêts. La partie suivante décrit sommairement les spécificités de certaines d'entre elles, afin de mettre en évidence les tensions – et les discours

dominants – entre la logique clinique du travail social, la logique administrative et la logique médicale.

Pratiques managériales; des préoccupations financières

La crise des finances publiques amorcée dans les années 1980 pose la question de la viabilité de l'État-providence. Cette remise en question a provoqué de multiples réformes au sein de l'appareil étatique. Désormais, les politiques fondent leurs principes sur des pratiques managériales orientées vers l'atteinte de résultats, d'efficacité, de performance et d'imputabilité des acteurs (Bergeron et Gagnon, 2003; Assemblée nationale, 2000). Cette culture axée sur la performance s'inspire d'une logique managériale nommée *New Public Management* (NPM) ou Nouvelle gestion publique (NGP) (Jetté et Goyette, 2010) définie comme étant :

« ... une école de pensée en administration publique qui fait la promotion de pratiques managériales provenant du secteur marchand et qui met l'accent sur l'atteinte de résultats misant sur l'imputabilité des acteurs engagés dans la production de services et la mise en place d'incitatifs à la performance » (Jetté et Goyette, 2010 : 25).

Fortier (2010) soutient que la réingénierie de l'État mise en mouvement par le gouvernement Charest en 2003 découle justement des prémisses de la NGP qui promet plus d'efficacité et de résultats. Les Agences de la santé et des services sociaux et les Centres de santé et de services sociaux, instances créées par la loi 25, représentent autant de manifestations concrètes de ce nouveau paradigme en gestion (Larivière, 2005, dans Jetté et Goyette, 2010). Cette nouvelle doctrine se fonde sur les valeurs et les modes de fonctionnement de l'entreprise privée (Merrien, 1999) en privilégiant entre autres une gestion par contrats de service, l'instauration de partenariats avec le secteur privé et les organismes d'économie sociale et le contrôle serré des coûts financiers (Jetté et Goyette, 2010; Bourque, 2009b). Bernier et Angers (2010 : 236) parlent d'un métissage de ces différents secteurs caractérisé entre autres par « l'importation, dans le secteur public, d'idées et de pratiques du secteur privé et aussi l'exportation de fonctions publiques vers le secteur privé ».

Évidemment, la NGP n'est pas sans effet sur le rôle et la pratique professionnelle des intervenants sociaux (Richard, Maltais, Bourque, Savard et Tremblay, 2007; Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2004) qui véhiculent des valeurs totalement antagonistes. Amadio (2009) affirme que cette logique managériale entre en contradiction avec la perception qu'ont les intervenantes de leur travail et du sens qu'elles donnent à leur pratique. En se soumettant aux protocoles qui régissent et standardisent leurs pratiques, les intervenantes doivent réaliser des actes administratifs répétitifs et monotones. À cela s'ajoute une intensification de la charge de cas jumelée à une diminution des embauches qui exercent aussi des pressions considérables sur les intervenantes. La planification stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux laisse entrevoir des effets encore plus persistants sur les intervenants et leur pratique puisqu'elle projette la vision d'un réseau de services intégrés et performants requérant « que les organisations et les intervenants du réseau se mobilisent pour améliorer la performance des actions dont ils sont responsables et s'en rendent imputables » (MSSS, 2010 : 21), ce qui continuera à réduire encore leur autonomie professionnelle et à accroître leur souffrance.

La rationalité managériale tend aussi à uniformiser les pratiques en objectivant et en normalisant les besoins des usagers à partir de grilles qui ne tiennent pas compte de la singularité des acteurs et de leurs contextes. Elle privilégie également une gestion par résultats qui consiste à l'atteinte de cibles et d'indicateurs souvent quantitatifs. Ainsi, des questionnaires mettent l'accent sur l'efficacité et le contrôle des coûts souvent au détriment des processus. Il s'ensuit une gestion économiste des services et des soins qui contraint les intervenantes du réseau à produire des services au meilleur coût possible (Bourque, 2009b). La productivité se mesure par « l'amélioration des cadences ou l'augmentation de la qualité du service rendu » (De Gaulejac : 2010 : 90) avec « une réduction des moyens et un alourdissement des conditions de travail des salariés, source de tensions au sein des collectifs de travail » (Divay et Gadea, 2008 : 1).

La recherche de performance du principe managérial fait usage d'indicateurs quantitatifs

servant à mesurer les résultats des interventions réalisées. Ces indicateurs mesurent davantage la productivité que la qualité de l'intervention – nombre de rencontres, heures allouées par cas, volume d'intervention – et traduisent partiellement la complexité du travail réel sur le terrain. Qui plus est, les indicateurs ne tiennent pas compte de la pluralité des acteurs impliqués dans les interventions. Pourtant, ces interventions sont souvent la somme et les effets des actions réalisées par le jeu de plus d'un acteur et des multiples interactions entre les systèmes. Pour évaluer l'ensemble des interventions, les effets produits sur l'utilisateur, l'évaluation devrait procéder à une double lecture : quantitative et qualitative.

Les transformations actuelles exercées et vécues dans le cadre du travail social sont souvent vécues comme un deuil par les travailleuses sociales et nombreuses sont celles qui estiment « que c'est le contact avec les personnes qui y perd, alors que leur satisfaction au travail provient du contact avec les personnes en besoin » (Bourque, 2009a : 16). Les travailleuses sociales subissent de fortes pressions pour satisfaire et répondre à la logique gestionnaire mise en place. La logique médicale exerce également une forte influence dans les institutions; l'orientation des programmes témoigne de cet aspect. Les valeurs et les cadres de référence entre professionnels constituent parfois des espaces de tension et de confrontation au sein des institutions.

Pratiques médicales

Depuis le début du XX^e siècle, la société entretient le mythe d'une médecine toute puissante capable de soigner tous les maux. L'allongement de l'espérance de vie, la réduction de la mortalité infantile et l'éradication de certaines maladies témoignent de ses succès et font en sorte qu'elle bénéficie d'une large autorité morale tant dans nos institutions qu'auprès de la population. Toutefois, plusieurs commencent à exprimer des doutes et des insatisfactions à l'égard de la médecine moderne. Des auteurs (Malherbe, 2007; Pellissier, 2009) soulignent la déshumanisation des soins marquée par l'absence ou le peu de relations significatives entre le soignant et le soigné. Le développement des spécialités médicales a conduit à une fragmentation des soins et à une parcellarisation des tâches. Ce

découpage mène bien souvent à traiter l'organe au détriment du soigné – de son histoire, de son affectivité, de ses relations et de ses souffrances psychiques.

Tout aussi décriée, la médicalisation des problèmes sociaux témoigne de l'invasion par la médecine de domaines qui ne relèvent pourtant pas d'elle (Boch, 2009; Collin et Suissa, 2007). Avec la logique médicale s'inscrit une tendance à médicaliser les problèmes sociaux. Des professionnels de la santé adoptent une lecture médicale de problèmes qui relèvent à la fois de la santé physique et de facteurs sociaux. L'hégémonie du modèle biomédical impose, comme le mentionne David (1995), une vision clinique des problèmes. À ce titre, on peut penser à l'hyperactivité traitée principalement par le Ritalin, à la médicalisation des comportements liés aux dépendances et à la médicalisation de la vieillesse. Sur ce dernier point, le modèle biomédical de la définition donnée au vieillissement s'attarde principalement sur le déclin, les pertes, les soins et les traitements appropriés reliés à la maladie (David, 1995; Grenier, 2006).

La forte augmentation de la consommation de médicaments laisse justement croire que de nombreux problèmes sociaux, jugés indésirables, sont traités avec une logique médicale, par le biais des psychotropes, sans remettre en cause l'organisation sociale. Cette lecture des problèmes sociaux tend à marginaliser les individus, déjà isolés par la maladie, en mettant l'accent sur leurs incapacités, leurs difficultés d'adaptation. En somme, une vision réductrice, culpabilisante qui renforce l'idée de la pathologie portée par l'individu. Comme le soulignent Collin et Suissa (2007 : 28) :

« La transformation des catégories psychiatriques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; DSM) au cours des dernières décennies et l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes comme démarche thérapeutique privilégiée témoignent de façon éloquentes d'une réduction du seuil de tolérance, dans nos sociétés occidentales, aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique ».

De plus en plus scientifique et technique, le déploiement de la médecine moderne fait l'objet d'une augmentation des coûts de

manière exponentielle comme si aucune limite n'était fixée (Villedieu, 2002). En 2010-2011, le budget affecté à la santé et aux services sociaux représente 28 milliards de dollars, soit 45 % de toutes les dépenses du gouvernement québécois, alors qu'il ne comptait que pour 31 % des dépenses totales en 1980 (Gouvernement du Québec, 2010). Comme en témoigne la planification stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux, cette tendance risque de se poursuivre puisque l'État a décidé de consacrer 5 % de plus par année aux dépenses liées à la santé. Bien qu'elles représentent un élément fondamental du système de santé et de services sociaux, les technologies s'inscrivent comme un facteur responsable de la croissance des dépenses liées à ce secteur d'activité. Plutôt que d'interroger les effets pervers de l'augmentation des coûts du système de santé et de construire à partir d'une réelle volonté des citoyens en matière de santé et d'orientations, le gouvernement estime nécessaire de se rabattre sur une gouvernance plus efficace par l'élaboration et l'application de normes, de cibles à atteindre, de critères de performance et de productivité (MSSS, 2010).

Comme le laisse entendre le budget 2010-2011, les résultats, la rationalisation et la contribution santé à montant fixe, peu importe son revenu, s'inscrivent comme des moyens pour « refaire une santé » au système. Les intervenants sociaux risquent encore une fois d'être « malmenés » par la primauté accordée aux préoccupations financières. Les enjeux de justice et de solidarité se traduisent selon nous par un accès aux services, équitable pour tous, et par des mesures de soutien et d'accompagnement. Dans cette perspective, le travail social est ici comme un acteur de premier plan.

Pratiques sociales – des préoccupations de justice, de solidarité

Le travail social adhère à des idéaux d'équité, de justice et de solidarité (Bouquet, 2003). Les changements personnel, social et environnemental sont les objets mêmes de ce travail de transformation souhaité dans les rapports sociaux et visent l'amélioration de la qualité de vie des individus, des groupes et des collectivités (Lamoureux, 2003).

Engagée dans la promotion du changement social, l'intervenante sociale se préoccupe de

la condition humaine et de la vie dans la cité. La praticienne aide à clarifier les besoins et les préoccupations des personnes, à cerner la source de leurs problèmes, à trouver des ressources susceptibles de répondre à leurs besoins. Elle négocie, défend et revendique les droits des personnes (Bilodeau, 2005). Elle valorise la capacité d'agir des personnes en perte de pouvoir, exclues, marginalisées (Mongeau, Asselin et Roy, 2007) et désaffiliées. L'intervenante sociale s'intéresse aux problèmes individuels, de groupe et communautaires tout en s'interrogeant et en se préoccupant d'enjeux d'ordre social plus vastes tels que la pauvreté, le chômage, la violence conjugale, les divers sévices et la maltraitance. La pratique du travail social se fonde sur des principes d'autodétermination, de réduction des inégalités sociales, d'amélioration de la qualité de vie dans une perspective de mieux-être et de justice sociale.

Apparaît clairement, après cette brève énumération de la visée du travail social et des rôles associés, une division entre le travail social et le politique (Janvier, 2007). Les normes et les valeurs défendues par la NGP et la logique médicale s'écartent en quelque sorte des valeurs promues par le travail social, créant ainsi des conflits de valeurs, des tensions dans les rapports entre acteurs. C'est d'ailleurs cet aspect qui est rapporté et décrit dans la section suivante.

Trois raisons – trois logiques

Le tableau 1 révèle les écarts entre la logique clinique du travail social, la logique administrative et la logique médicale qui interpellent l'intervenante au quotidien.

Le travail social répond, d'abord et avant tout, à un réel souci de l'autre où la qualité de l'intervention a préséance sur la quantité. L'intervenante doit consacrer du temps au développement du lien de confiance avec la personne aidée; élément jugé essentiel à la réussite de l'intervention (Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2004). Dans les faits, elle lutte quotidiennement contre la pression exercée par des gestionnaires pour réaliser des interventions rapides et de courte durée visant à favoriser l'accès à des services au plus grand nombre et à réduire ainsi les listes d'attente. Ces enjeux représentent un réel défi pour les professionnelles dont la relation se situe au cœur de l'intervention (Pelchat, Malenfant, Côté et Bradette, 2004).

Le développement du lien de confiance avec l'usager et ses proches est une condition essentielle à l'intervention de sorte que le temps constitue un allié pour tisser ce lien significatif. Le temps permet de créer un espace propice à la relation. Pourtant, la logique administrative incite à privilégier la quantité au détriment parfois de la qualité de l'intervention. Dans son travail, l'intervenante peut répondre à la

Tableau 1 : Trois logiques coexistent au sein d'une même institution

Logique clinique	Logique administrative	Logique médicale
Qualité de la relation / Travail de concert	Résultats	Traiter la maladie / Culture scientifique
Favoriser le mieux-être individuel et collectif	Diminuer des listes d'attente	Combattre la maladie / Curatif
Orientée sur le processus Réfléchir et agir avec la personne	Orientée sur les résultats au moindre coût – gestion du social	Agir rapidement sur les symptômes présentés par l'individu
Unicité et singularité	Uniformité et standardisation	Uniformité et standardisation / protocoles
Sujet	Objet de soins	Corps-objet

demande de la personne aidée de manière très technique en remplissant, par exemple, les formulaires qui permettront à la famille d'accéder à l'allocation pour enfant handicapé. D'une autre manière, elle peut aussi s'intéresser au sens donné à l'événement par la famille, c'est-à-dire à l'expérience vécue par les proches quant à l'incapacité de leur enfant – le deuil, l'accessibilité aux ressources, etc. Ce type d'intervention exige ainsi d'entrer en relation avec la personne; ce qui requiert du temps que les intervenants ont peu ou pas. De la même façon, l'intervenante sociale en milieu hospitalier doit agir rapidement et céder à la pression exercée pour libérer des lits, ou parfois devant l'invraisemblable, argumenter pour tenter d'infléchir la décision. Même si la logique d'intervention sociale demeure présente, elle reste soumise à la nouvelle gestion publique qui constitue une menace pour les différentes formes d'interventions sociales cherchant : « 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 » (Larivière, 2005 : 13, cité par Bourque, 2009a : 13). De la même façon, la quantité des actes professionnels prime sur la qualité et sur l'intensité de la relation du médecin avec son patient (Villedieu, 2002). Globalement, nous croyons que les enjeux entourant la quantité des interventions réalisées ou des actes posés peuvent constituer des contraintes à l'exercice d'une éthique relationnelle avec la personne aidée (Beauséjour, 2002). Les logiques administrative et médicale tendent à uniformiser les pratiques par l'adoption de protocoles et l'utilisation des données probantes agissant ainsi à l'encontre de la logique clinique qui insiste sur l'unicité et la singularité des personnes et des situations. En répondant aux exigences administratives qui pèsent sur elle, l'intervenante ne peut que répondre partiellement aux besoins réels des individus. En ce sens, les logiques étatique et médicale ne répondent pas à la pensée constructiviste privilégiée en travail social, qui invite à penser le monde « non comme une réalité à découvrir, mais comme un phénomène que nous construisons sans cesse » (Amiguet et Julier, 1996 : 1);

une coconstruction élaborée avec l'usager et son réseau de soutien.

Enfin, le travail social milite en faveur du respect de l'autonomie de la personne (Bouquet, 2003). Dès lors, le praticien reconnaît la place de la parole dans la relation avec l'usager qu'il invite au dialogue (Malherbe, 2007) en lui laissant des espaces pour exprimer ses préoccupations, ses désirs et ses espoirs. Il reconnaît et cultive l'autonomie de la personne définie comme la capacité à faire ses propres choix et à conduire ses actions selon ses croyances et ses valeurs propres en fonction des buts qu'elle s'est fixés, et ce, sans contraintes autres que celles imposées par la loi (Beauchamp et Childress, 2001). L'intervenante sociale postule la reconnaissance de l'autre comme sujet apte à choisir et à décider. Selon la logique administrative, l'intervenante doit plutôt occulter la souffrance et centrer son attention sur les symptômes, les malaises, les tâches à faire, etc. En nouvelle gestion publique, l'individu qui sollicite l'aide de la travailleuse sociale est plutôt perçu comme un objet — relent de paternalisme décrit par Durand (2005) comme une attitude qui consiste à « choisir l'information donnée pour que le patient ou le sujet décide dans le sens de ce que veut le professionnel; ou pire, à donner très peu d'information au patient pour laisser au professionnel la tâche de décider de l'action à faire, voire de décider de ce qui est bon pour le malade » (Durand, 2005 : 238). Selon la logique médicale, le patient peut être perçu comme un objet ou un sujet de soins selon la place qu'il occupe dans la décision concernant son plan de traitement par exemple. À cet égard, Payot (2007) recense trois modèles éthiques différents de prise de décision³ que l'on pourrait placer sur un continuum selon la place qu'occupe le médecin dans la relation avec son patient: 1) modèle paternaliste (*paternalistic model*); 2) modèle informé (*informed model*); 3) modèle de la décision partagée (*shared decision making*).

Selon le modèle paternaliste, le médecin assume un rôle d'autorité que le patient accepte passivement. Le médecin agit alors dans le meilleur intérêt de son patient qu'il juge trop émotif pour décider. Selon le modèle informé, le médecin instaure aussi une communication à sens unique dans la mesure où il transmet à

son patient toutes les informations nécessaires sur les options possibles de façon à ce qu'il prenne lui-même la décision. Ce modèle fonde ses pratiques sur les principes éthiques d'autonomie et d'autodétermination où le patient est perçu comme un acteur de la décision médicale. Enfin, le médecin peut placer le patient au cœur du processus en instaurant un réel dialogue avec lui où chacun sera invité à exprimer ses idées et ses préférences. Telle est l'idéologie véhiculée par le modèle centré sur la décision partagée (*shared decision making*). Ce dialogue sera possible dans la mesure où chacun reconnaît l'autre comme un acteur du dialogue; chacun accepte la différence de l'autre et chacun se reconnaît égal à l'autre (Malherbe, 2007).

C'est cette visée, ou logique d'entente dans la complémentarité des rôles et du dialogue, que l'on devrait louer pour les efforts déployés en vue de partager une vision du monde. Ainsi, reconnaître la part de l'autre faciliterait le travail et profiterait à tous.

Des logiques et des écarts...

L'intervenante sociale navigue entre contradictions et paradoxes. Le schisme entre les normes et les valeurs des logiques gestionnaire et médicale et celles du travail social confère à l'intervenante sociale une position particulière, par des logiques d'action distinctes qui relèvent principalement d'un autre ordre de priorité et de sens donné à l'intervention et à la relation.

Entre les impératifs et les obligations du milieu organisationnel, les normes et les standards à respecter et à atteindre et la logique médicale – biomédicale – qui use d'une grande influence dans les milieux de pratique et cherche à imposer une certaine vision, les valeurs du travail social sont négligées, répondant plus ou moins aux orientations prescrites par ces deux logiques. Entre ces deux eaux, l'intervenante jouit de moins en moins de liberté par l'imposition de contraintes de plus en plus importantes. Dans une certaine mesure, ces logiques remettent en question le sens même du travail social, sa finalité et même ses modes d'intervention. En l'occurrence, elles viennent remettre en question les fondements mêmes de la pratique du travail social et de ses acteurs.

Ces distinctions sont à première vue difficilement conciliables, mais l'intervenante n'a

d'autre choix que de composer avec les différentes logiques du milieu. Cet écart crée, trop souvent, une perte de sens de son action (De Gaulejac, 2010). De ces transformations découlent des enjeux pour la pratique, mais avant tout pour les citoyens. La solidarité comme éthique du travail social constitue une voie pour mettre de l'avant des pratiques solidaires, pour les aidés et les aidantes.

2. Une éthique de solidarité

L'orientation néolibérale et la logique médicale adoptent une position difficilement conciliable avec les valeurs fondamentales du travail social et ses « idéaux de solidarité et d'émancipation individuelle » (Chauvière, 2006 : 12).

Les discours associés à ces logiques dominantes, souvent moralisateurs et réprobateurs, visent une forme de régulation – de contrôle – sociale des comportements insistant sur « les bons comportements » prescrits par les pratiques plus ou moins répressives. Les récalcitrants aux modalités prescrites et fortement encouragées sont plus ou moins vus comme une menace à l'ordre établi, à la sécurité sociale et économique (De Gaulejac : 2005). Cette nouvelle tendance prend acte dans une nouvelle distribution des droits et des devoirs entre le citoyen et l'État. Les dissidents sont susceptibles de se voir déclarer « non responsables » à l'égard d'eux-mêmes et de la société s'ils n'adoptent pas, comme tout bon citoyen, les comportements prescrits, recommandés. Le travail d'intervention devrait s'inscrire dans l'amélioration des conditions de vie des populations vivant dans la précarité, les soutenir et non les marginaliser davantage. Cependant, cela exige la mise en place de justes moyens pour un réel soutien à l'autonomie, dans le maintien du lien – par des politiques justes, des ressources financières pour la mise en œuvre d'aides conséquentes, pensées et réfléchies dans une cohérence d'ensemble et non individuelle.

La responsabilisation accrue des individus de leurs propres déficiences (Soulet, 2005), sur la base d'une autonomie assumée et d'une subjectivité responsable (Donzelot et Roman, 1998, cités par Soulet, 2005), est antinomique de la solidarité sociale et « ... est lourd[e] à assumer, laissant l'individu seul face à lui-même avec le

cortège de lassitude, de souffrance, voire de pathologie que cela peut impliquer » (Soulet, 2005 : 4). Cette logique de responsabilisation s'inscrit dans un mouvement d'individualisation de la compréhension et du traitement des problèmes sociaux (Soulet, 2005). Du même coup, cette responsabilisation accrue du citoyen fait fi des inégalités sociales et structurelles des problèmes de santé et sociaux, et de cette nécessité de développer des politiques économiques et sociales comme levier de changement et de transformation.

Le renversement des logiques en présence repose sur un combat d'idées, sur le choix des valeurs morales choisies dans une société. Ce combat correspond en fait à des luttes politiques qui déterminent l'organisation sociale : « ... des luttes politiques qui concernent les formes d'organisation sociale : la fragmentation, la bureaucratie et la technocratie... et ne peuvent être combattues selon Taylor que si les institutions politiques et sociales contrecarrent les logiques du marché » (Dierckx, 2010 : 33). La solidarité est une voie pouvant aider à repenser les fondements de nos institutions et des logiques dominantes. La solidarité sociale et collective s'inscrit au cœur de ce débat et constitue une occasion de repenser nos systèmes de protections sociales et de dépasser les habituels discours entourant les contraintes budgétaires, la distribution des biens et services et les entreprises privées (Boitte, 2002). C'est ici une occasion de réflexion sur l'organisation des services, des soins et de l'assistance pour soutenir et promouvoir la dignité de chacun, mais également de réflexion sur les services offerts et leurs retombées sur les personnes, leur identité (Boitte, 2002).

Un État social juste et responsable encourage et promeut des valeurs et des pratiques de solidarités collectives, non discriminantes, assurant à tous l'accès aux ressources institutionnelles, ce qui exige une organisation conséquente et un financement adéquat. Selon Van Parijs (1995), une société juste, solidaire de l'autre, soutient l'autonomie des personnes et assure à cette fin — c'est là une exigence fondamentale, en quelque sorte minimale, de la justice comme équité — la dispensation de services et de soins pour satisfaire des conditions d'existence souhaitables. Il s'agit également de porter une

attention particulière aux groupes à risque, « défavorisés socioéconomiquement », marginalisés.

Dans une visée pratique, la justice sociale devrait permettre à chacun de se réaliser pleinement selon ses aspirations encouragées et soutenues — respect de son intimité, de ses droits fondamentaux — par une solidarité sociale tributaire de cette reconnaissance mutuelle qui favorise ou incite à la réconciliation entre le respect de l'autonomie et l'aide. Une éthique solidaire de l'autre prend racine dans une logique de responsabilité partagée. Cette éthique de solidarité prendrait acte, dans une société juste et humaine, soucieuse d'une équité et d'une reconnaissance, de l'identité et des droits de chaque personne, peu importe l'âge et le statut. La mise en œuvre des politiques dans une perspective de solidarité demande à souscrire à certaines valeurs visant davantage à protéger, à soutenir et à faciliter l'intégration et la participation sociale. En ce sens, l'adoption d'une approche préventive paraît intéressante. Par exemple, le travail de proximité par quartier, construit autour d'un dialogue et d'échanges afin d'informer, d'outiller, d'éduquer et de promouvoir la santé semble un moyen intéressant d'atteindre la population. Le territoire, dans l'intervention par quartier constitue le lieu et le moyen privilégiés d'une réorganisation de l'intervention publique et sociale pour toucher la population :

« ... chaque problème traité suscite son propre découpage géographique, correspondant à sa logique propre d'intervention... Dès lors, un des enjeux essentiels de l'approche territoriale est de dépasser les logiques institutionnelles pour permettre le regroupement et la coopération de tous sur un territoire de projet commun » (IGAS, 2005 : 157-158).

L'intervention sociale, par les mouvements d'éducation populaire, favorise des actions directes auprès de la population plus « vulnérable ». Une intervention pensée et organisée à l'échelle d'un milieu donné, telle l'intervention de proximité, peut prendre acte de ce que vivent les personnes dites vulnérables et à risque, de « la souffrance [qui] se cache souvent derrière la porte close » dans l'isolement.

La diversité des problématiques rencontrées sur le terrain demande de revoir les modalités d'intervention et de soutien pour adopter une

position plus ou moins flexible dans l'aide aux personnes.

Le contexte actuel soulève la question de la solidarité relative à l'assistance, au soutien disponible et offert au sein des structures de l'État et par ses partenaires. Cette question renvoie aux choix politiques et aux priorités sociales, mais plus spécifiquement aux orientations données à l'égard d'une partie de la population vivant dans des conditions d'existence précaires, à la reconnaissance de ces personnes, de leur réalité et des besoins pour promouvoir leur autonomie : une allocation suffisante; une aide adéquate pour les activités de la vie quotidienne; des ressources communautaires pour une intégration sociale et une qualité de vie (Bickel et Cavilli, 2002). Les institutions sociales jouent un rôle majeur dans l'atteinte de ces objectifs : un minimum de revenu garanti, un logement adéquat, la construction de logements sociaux, une aide journalière pour suppléer à la perte d'autonomie, des soins appropriés afin de soulager la douleur, des services communautaires en plus grand nombre. Bickel (2006) souligne combien les contextes organisationnels, structurels et culturels exercent de fortes contraintes sur l'existence et les choix des acteurs. Le rôle de l'État, par ses politiques sociales, consiste à diminuer les inégalités de statut et à assurer que l'ensemble des personnes puisse bénéficier d'un minimum pour jouir de conditions de vie décentes. Dans une visée pragmatique, la valeur de solidarité doit se formaliser dans la pratique et se traduire dans des actions concrètes en faisant appel à la souplesse des institutions tout autant qu'à la vertu des différents acteurs et de ses institutions pour un mieux-vivre ensemble.

Cette même solidarité constitue également une voie, pour les intervenantes sociales, de se doter d'une force collective sur des assises constituées des valeurs d'entraide, de soutien mutuel pour enfin reprendre un pouvoir personnel, professionnel et se construire une identité partagée et une force cohésive. En ce sens, nous réitérons la nécessité de valoriser le travail d'équipe. La supervision en petit groupe, les échanges entre collègues, les midis-causeries, les discussions de cas sont autant d'occasions de réfléchir sur sa pratique et de maintenir des

liens interindividuels. Ces activités constituent des formes de soutien aux intervenantes, au développement personnel et professionnel et souscrivent à la collaboration, à l'entraide. À l'intérieur de ces activités s'exprime le soutien entre pairs évitant ainsi de s'isoler dans une pratique vécue souvent lourdement; cette solidarité existe déjà par une valorisation de l'entraide dans certains milieux de pratique. Par ailleurs, les intervenantes sociales doivent réinterroger, leur pratique – ses fondements –, réfléchir aux nouveaux enjeux sociaux et, par la même occasion, entrer en intelligence, en dialogue avec les autres professions aussi soumises à ces nouvelles logiques en s'engageant dans des espaces d'actions solidaires et collectives, par exemple dans les conseils multidisciplinaires qui permettent et ouvrent sur le travail interprofessionnel! Les intervenantes ont tout intérêt à se solidariser, à s'engager dans l'action collective. Elles ont, avec les personnes aidées, des enjeux communs. La notion de responsabilité guette à la fois les intervenantes et les usagers. La notion d'imputabilité les concerne tous deux : on attend des intervenantes certains résultats – des indices de performance à atteindre – et des usagers l'adoption de bons comportements. Les dérives possibles d'une approche fortement ancrée sur la responsabilité accentuent les risques de désolidarisation (Soulet, 2005). Selon Soulet (2005), il s'agirait de revoir cette théorie individualiste par le recours à une voie médiane entre une trop forte liberté individuelle et une responsabilité trop prononcée. Par-delà cette théorie individualiste, il importe de réfléchir à une responsabilité solidaire.

Conclusion

Ces transformations vécues dans le champ social, semblables à une déroute pour certains acteurs, deviennent l'occasion d'interroger et de renouveler la pratique. Le travail social est interpellé par la nécessité d'une réflexion éthique et d'un questionnement de ses valeurs, qu'il faut repenser et préciser pour la cohérence de l'action au quotidien (Bouquet, 2003). La pratique réflexive permet de réfléchir, de clarifier l'action lorsque l'intervention spontanée ne suffit plus et que les décisions sont difficiles et incertaines. Au même titre, la gestion est nécessaire, mais doit également être revisitée,

questionnée dans ses principes moraux – sa finalité – afin que soient repensées « d'autres formes de gouvernance capables de construire des médiations entre les intérêts » de tous les acteurs (De Gaulejac, 2005 : 332). Une pratique responsable exige une posture réflexive, c'est ici la responsabilité « morale » et professionnelle de l'intervenante sociale, mais aussi des gestionnaires. Les milieux de pratiques et les gestionnaires ont la responsabilité d'offrir aux intervenantes sociales, aux équipes interdisciplinaires, l'espace et le temps requis pour discuter et réfléchir sur leur pratique. Ils doivent aussi repenser leur gestion en adoptant un management invitant au dialogue permanent avec les intervenants.

Les transformations et l'évolution dans différents secteurs d'activité exigent aussi de réfléchir à l'orientation des décisions prises dans le meilleur intérêt de la collectivité – de tout un chacun, soit le juste équilibre difficile à atteindre entre les besoins individuels et collectifs. La santé et les questions posées « relèvent d'un vaste débat où les citoyens doivent se mettre en accord sur les objectifs et les rôles qu'ils assigneront ensemble aux progrès de la science médicale » (Cadoré, 1994 : 66). Et pour cette raison, celle du bien commun, elles doivent être adressées, discutées et non imposées, par une minorité. C'est une histoire de responsabilité commune et partagée.

L'enjeu de demain sera bien celui de la solidarité, mais il reste à trouver un accord renouvelé, c'est un problème « d'autorité politique, mais aussi de justice sociale » (Blais, 2007 : 332). Et comme l'indique Blais (2007 : 333), faute d'une réflexion sur l'intérêt général et sans délibération collective sur les modalités d'application pratiques de la solidarité « les replis sur un intérêt individuel » auront primauté.

Descripteurs :

Administration publique - Gestion //
Administration publique - Aspect social //
Nouvelle gestion publique (NGP) // Services sociaux - Québec (Province)
Public administration - Management // Public administration - Social aspects // New Public Management (NPM) // Social services - Quebec (Province)

Notes

- 1 Dans cet article, le féminin est utilisé comme représentant des deux sexes sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes, et ce, afin d'alléger le texte. L'usage des termes intervenante sociale, praticienne sociale ou de travailleuse sociale font tous référence à la pratique du travail social.
- 2 Josée Grenier, professeure à l'UQO, est responsable de la formation pratique en travail social; « ma position privilégiée d'acteur et d'observateur du milieu, me permet par mon statut de professeure responsable de la formation pratique d'être en lien direct avec les milieux de pratique et d'assister de près aux transformations des milieux et aux exigences et pressions exercées sur les intervenantes ».
- 3 Les modèles de prise de décision décrits par Payot (2007) sont ceux décrits dans la littérature en bioéthique.

Références

- Amadio, N. (2009). *Le travail social de secteur à l'épreuve des logiques managériales*. Consulté en ligne le 15 décembre 2010 : http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/51713_JIST2009AmadioTexteCommunication.pdf.
- Amiguet, O., et Julier, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Lausanne : Éditions EESP.
- Assemblée nationale (2000). *Loi sur l'administration publique*. Gouvernement du Québec. Consulté en ligne le 15 novembre 2010 : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2000C8F.PDF>.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Fifth Edition, New York: Oxford University Press.
- Beauséjour, D. (2002). L'éthique relationnelle professionnelle : une lecture systémique, *Intervention*, 117, 35-43.
- Bergeron, P., et Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux* : 7-33. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bernier, L., et Angers, S. (2010). Le NMP ou le nouveau management public. *L'analyse des politiques publiques* : 229-254. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bickel, J.-F. (2006). Santé et vieillissement : de la diversité des situations et processus individuels et de leurs contextes, *Retraite et société*, 47, 200-205.
- Bickel, J.-F., et Cavalli, S. (2002). De l'exclusion dans les dernières étapes du parcours de vie : un survol, *Gérontologie et Société*, 102, 25-40.
- Bilodeau, G. (2005). *Traité de travail social*. Rennes : Editions ENSP.
- Blais, M.-C. (2007). *La solidarité. Histoire d'une idée*. Paris : Gallimard.
- Boch, A.-L. (2009). *Médecine technique, médecine tragique. Le tragique, sens et destin de la médecine moderne*. Paris : Editions Seli Arslan.
- Boitte, P. (2002). Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Quelle solidarité, pour quelle vie?, *Gérontologie et société*, 101, 51-61.
- Bouquet, B. (2003). *Éthique et travail social. Une recherche du sens*. Paris : Dunod.
- Bourque, D. (2009a). Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux du Québec, dans *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. Consulté en ligne le 30 octobre 2010 : <http://www4.uqo.ca/croc/Fichiers/Cahier0907Final.pdf>.
- Bourque, D. (2009b). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales, *Intervention*, 131, 161-171.
- Cadoré B. (1994). *L'expérience bioéthique de la responsabilité* Louvain-la-Neuve : Artel; Montréal : Fides.
- Chauvière, M. (2006) Que reste-t-il de la ligne jaune entre l'utilisateur et le client? Dans le 15^e colloque international de la revue *Politiques et management public, L'action publique au risque du client? « Client-centrisme » et citoyenne*. Consulté en ligne le 10 octobre 2010 : http://www.cersa.cnrs.fr/sites/cersa/IMG/pdf/Colloque_PMP_Chauviere_Final.pdf.
- Collin, J., et Suissa, J.-A. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social, *Nouvelles pratiques sociales*, 19 (2), 25-33.
- David, H. (1995). L'insoutenable lourdeur pour l'autonomie pour les personnes âgées, dans L. Bouchard, et D. Cohen (sous la dir. de), *Médicalisation et contrôle social*. Montréal : Grasp et ACFAS.
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil.
- De Gaulejac, V. (2010). La NGP : nouvelle gestion paradoxante, *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 83-98.

- Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail, *Actuel Marx*, 1 (39), 123-144.
- Dierckx, C. (2010). Les référentiels du social : raison instrumentale et horizon des sens, *Les politiques sociales*, 1-2, 27-42.
- Divay, S., et Gadea, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale, *Revue française d'administration publique*, 4 (128), 677-687. URL : www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-677.htm. DOI : 10.3917/rfap.128.0677.
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*. Montréal : Fides.
- Fortier, I. (2010). La modernisation de l'État québécois. La gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme, *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 35-50.
- Gouvernement du Québec (2010). *Budget 2010-2011. Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. Québec. Consulté en ligne le 31 janvier 2011 : <http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/Budget/2010-2011/fr/documents/VersSystemeSante.pdf>.
- Grenier, J. (2006). Les représentations des aînés dans les discours des professionnels de la santé, *Intervention*, 124, 143-150.
- Grenier, J., et Chénard, J. [soumis]. Du providentialisme au postprovidentialisme : quels enjeux pour le travail social? *Revue canadienne de service social*, numéro intitulé « Un regard critique sur les enjeux actuels en travail social ».
- Inspection générale des affaires sociales (2005). *Rapport annuel, 2005. L'intervention sociale, un travail de proximité*. Consulté en ligne le 13 mai 2010 : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000126/0000.pdf>.
- Janvier, R. (2007). L'évaluation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans B. Bouquet, M. Jeager et Y. Sainsaulieu, *Les défis de l'évaluation* : 133-152. Paris : Dunod.
- Jetté, C., et Goyette, M. (2010). Pratiques sociales et pratiques managériales. Des convergences possibles?, *Nouvelles pratiques sociales*, 22 (2), 25-34.
- Lamoureux, H. (2003). *Éthique, travail social et action communautaire*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, J.-P., Guberman, N., Montejo, M.-E., Lauzon, S., et Pepin, J. (2003). Problématisations et pratiques des intervenantes. Des services à domicile auprès des aidantes familiales, quelques paradoxes, *Gérontologie et société*, 104, 195-211.
- Malherbe, J.-F. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal : Fides.
- Merrien, F.-X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique, *Lien social et Politiques*, 41, 95-103.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Plan stratégique 2010-2015*. Gouvernement du Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Consulté en ligne le 30 janvier 2010 : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/56cbeb2d0d1930c8852577d7006761b7?OpenDocument>.
- Mongeau, S., Asselin, P., et Roy, L. (2007). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social : pour une prise en compte de la complexité, dans H. Dorvil, (dir), *Problèmes sociaux. Tome IV Théories et méthodologies de l'intervention sociale* : 187-214. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Payot, A. (2007). *Étude du processus décisionnel entre parents et néonatalogistes : défis éthiques soulevés par l'exercice de l'autonomie dans des situations aux limites de la viabilité*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Pelchat, Y., Malenfant, R., Côté, N., et Bradette, J. (2004). *La pratique de l'intervention sociale et psychosociale en CLSC. Identités et légitimités professionnelles en transformation*. Rapport de recherche.
- Pellissier, J. (2009). Quelques réflexions sur la bientraitance. Consulté en ligne le 16 juin 2010 : <http://jerpel.fr/spip.php?article284#nh3>.
- Richard, M. C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., et Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et de services sociaux. Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts, *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1), 151-164.
- Soulet, M.-H. (2005). Une solidarité de responsabilisation? dans J. Ion (éd.), *Le travail social en débat[s]*. Paris : La Découverte. Consulté en ligne le 10 décembre 2010 : <http://iscte.pt/~apad/justica01/textos/politicas%20sociais/Texte%20I on%20la%20Decouverte.pdf>.
- Van Parijs, P. (1995). *Sauver la solidarité*. Paris : Cerf.
- Villedieu, Y. (2002). *Un jour la santé*. Montréal : Boréal.