



Dépasser le cadre normatif pour penser son action en termes d'inégalités sociales

Réflexivité collective d'organiseurs et organisatrices communautaires (Québec)

Jean-Baptiste Leclercq

Résumé

Français / English

L'organisation communautaire, telle qu'elle se développe au Québec dans le réseau public de la santé et des services sociaux, a évolué depuis les années 1970. Cette pratique d'intervention collective est marquée par la formalisation et la normalisation, notamment sous l'influence de la santé publique et de la Nouvelle gestion publique. Après une mise en contexte, nous verrons les usages et finalités d'un cadre normatif et de son instrument de reddition de comptes (I-CLSC) auxquels doivent se soumettre les organisateurs communautaires. Enfin, dans une démarche de réflexivité collective, nous proposerons un cadre pour analyser l'impact de leurs pratiques sur les inégalités sociales.

Community organization, as it is developing in Quebec's public health and social services network, has evolved since the 1970s. This collective intervention practice is characterized by formalization and standardization, particularly under the influence of both public health and the New Public Management. After contextualizing the analysis, we will examine the uses and purposes of a normative framework and its accountability tool (I-CLSC), which has to be undertaken by community organizers. Moreover, employing a collective reflexivity approach, we will propose a framework to analyze the impact of their practices on social inequalities.

Entrées d'index

Mots clés : Organisation communautaire, Québec, Nouvelle gestion publique, Santé et services sociaux, Inégalités sociales

Key words : Community organization, Quebec, New Public Management, Health and social services, Social inequalities

Texte intégral

Les résultats présentés dans cet article s'inscrivent dans le cadre d'une recherche menée sur la reconfiguration de l'État social et les pratiques de travail communautaire, en Catalogne, et d'organisation communautaire au Québec. L'analyse a été conçue sous une double perspective : comprendre comment les transformations de l'État social influencent ces pratiques d'intervention sociale et analyser celles-ci pour mieux saisir l'évolution de cette institution. L'objectif était également d'analyser l'impact de ces pratiques sur les inégalités sociales. Seul le volet de la recherche menée en contexte québécois sera évoqué ici.

En tant que chercheur universitaire travaillant dans un Centre intégré universitaire de santé et services sociaux, je suis amené à croiser mes intérêts de recherche avec les préoccupations émanant des milieux de pratique. L'une des préoccupations qui ressortait concernait les enjeux entourant la Nouvelle gestion publique et plus particulièrement la reddition de comptes dans un contexte de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et plus généralement de restrictions budgétaires. Ces enjeux étaient soulevés tant par des gestionnaires que par des praticiens et praticiennes comme les organisateurs et organisatrices communautaires dont il sera question ici.

Dans une première partie, nous expliquerons ce qu'est l'organisation communautaire au Québec, dans quel cadre elle intervient et comment elle a évolué au cours du temps. On parlera notamment du processus de normalisation dans lequel ce mode d'intervention collective est engagé. Il sera également question de formalisation des pratiques avec l'influence grandissante de la santé publique et de la Nouvelle gestion publique. Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons au cadre normatif utilisé au niveau de la première ligne du réseau de la santé et des services sociaux. Nous nous centrerons plus spécifiquement sur les usages et les finalités d'un instrument concret (I-CLSC) au service de la reddition de comptes. Après avoir rappelé l'historique de ce cadre normatif, nous rapporterons le point de vue des organisateurs et organisatrices communautaires qui jugent l'instrument en question inadapté à leur pratique professionnelle. Nous décrirons les usages qu'en font ces praticiens et praticiennes ainsi que leurs marges de manoeuvre dans un contexte de « pression aux stats » et de réductions de services. Dans une troisième partie, nous rendrons compte d'une démarche de réflexivité collective d'organisateur et organisatrice communautaire. Après avoir abordé la question de

la difficile création d'indicateurs concernant leur pratique, nous proposerons un cadre d'analyse « alternatif », ou complémentaire, en termes d'inégalités sociales.

L'organisation communautaire au Québec : mise en contexte

Organisation communautaire : de quoi parle-t-on ?

Alors que l'on constate en France un « nouvel » engouement pour des pratiques d'intervention sociale venues des États-Unis comme le *community organizing* (Boucher, 2017a), l'organisation communautaire, telle que se développe au Québec depuis de nombreuses années est relativement peu évoquée. De manière générale, le terme d'organisation communautaire fait écho à un mode d'intervention sociale mettant en avant une approche collective des problèmes sociaux. Il est fait référence ici, de manière plus spécifique, à l'organisation communautaire qui se pratique au sein du réseau public québécois de la santé et des services sociaux. Pour cette province, santé et services sociaux sont intégrés sous l'égide d'un même ministère, marquant ainsi un cadre sociosanitaire à cet État social. L'organisation communautaire se pratique également dans le tiers secteur québécois, le milieu communautaire, similaire au secteur associatif français, où les finalités sont différentes, plus centrées sur la défense de droits ou le changement politique et le développement de services.

Dans le réseau public, les organisateurs et organisatrices communautaires (l'acronyme OC, qui est couramment utilisé, sera utilisé pour la suite de l'article) exercent dorénavant au sein des Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS et CIUSSS créés en 2015) qui offrent différents services à la population¹. Dans ces nouvelles structures, les OC sont rattachés administrativement à la santé publique et leur mission s'inscrit dans un Plan d'action régional intégré (PARI) de santé publique. Ces professionnels développent des actions transversales sur les déterminants de la santé, soutiennent les organismes communautaires du territoire, contribuent aux « programmes clientèles » visant des publics cibles et aux politiques de santé publique et plus globalement participent au « développement des communautés ». Il peut s'agir de communautés territoriales (par exemple à l'échelle d'un territoire administratif du CISSS auquel ils sont rattachés, d'un quartier ou d'un village), d'identité (par exemple la communauté LGBTQ, la communauté autochtone qui comprend les Amérindiens et Inuits ou

¹ Avec la Loi 10 du 1^{er} avril 2015, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, les Centres de santé et services sociaux (les CSSS qui correspondent à des territoires administratifs) sont fusionnés et remplacés par les CISSS qui regroupent cinq types de services : Centre hospitalier (CH), Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), Centre local de services communautaires (CLSC), Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et Centre de réadaptation (CR). À l'échelle provinciale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dénombre 22 CISSS, dont 5 à Montréal. 9 ont une dénomination universitaire, ce sont des Centres intégrés universitaires de santé et services sociaux [<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/cisss-et-ciuuss/>].

la communauté immigrante haïtienne) ou d'intérêt (par exemple un groupe d'utilisateur en santé mentale ou les personnes en situation d'itinérance, sans-abri)².

Évolution de l'organisation communautaire

L'histoire de l'État social québécois est celle de l'organisation communautaire, et vice versa. Cette formule caricaturale résume l'idée sous-jacente à notre propos, à savoir que cette institution et ce mode d'intervention sociale se sont développés de manière concomitante. L'organisation communautaire se développe avec l'essor d'un réseau public de la santé et des services sociaux. Plusieurs tendances marquent l'évolution de ce mode d'intervention singulier (Leclercq *et al.*, 2017, 2016 ; Leclercq, 2014 ; Bourque et Lachapelle, 2010 ; Bourque *et al.*, 2007).

On peut d'abord parler d'une institutionnalisation de l'organisation communautaire. Historiquement, avant de devenir des professionnels de l'intervention sociale, les OC s'apparentaient davantage à des figures militantes. Ils proviennent de l'action sociale ou syndicale et des mouvements communautaires issus de la Révolution tranquille (années 1960-1970) durant laquelle se construit le socle de l'État social québécois. L'acteur public joue alors un rôle prédominant, notamment à travers le monopole des services publics, une curiosité en Amérique du Nord. À cette époque, les OC participent à la dynamique de revendication et d'implantation de la première génération de Centres locaux de services communautaires (CLSC). À leur création en 1974, les CLSC s'inspirent des cliniques populaires qui sont nées d'initiatives citoyennes dans certains quartiers pour une reprise en main des solutions aux problèmes sociaux, de santé et de bien-être. Ces cliniques portent alors un modèle de gestion « radicalement démocratique » (Plourde, 2013). Les CLSC offrent des services de première ligne à un niveau local. Dès lors que les OC incorporent ces établissements publics, l'organisation communautaire s'institutionnalise. Le modèle de gestion de ces centres se veut communautaire et vise la participation citoyenne. Un modèle de gestion des politiques publiques, parfois mystifié, qui sera progressivement remis en question (Plourde, 2019).

C'est à partir des années 1980 que le rôle de l'acteur public, notamment dans la santé et les services sociaux, est reconsidéré dès lors que l'on parle de « crise de l'État-providence ». Dans les années 1990, les CLSC et leur volet communautaire se normalisent. Cette normalisation s'accroît avec la création en 2003 des Centres de santé et services sociaux (CSSS) lors de fusion d'établissements. Deux éléments de contextes récents s'avèrent sensibles pour

² Cette typologie des différents types de « communautés » reprend la définition de l'organisation communautaire, une profession sociale axée sur l'intervention collective, par le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et centre de santé (RQIIAC) dans son premier Cadre de référence et pratiques : « une intervention professionnelle dans une communauté donnée qu'elle soit territoriale, d'identité ou d'intérêt ; s'adressant prioritairement aux communautés affectées par les inégalités, la dépendance, la marginalité, l'exclusion et l'appauvrissement, dans une perspective de justice sociale; pratiquée en support au processus planifié d'action communautaire par lequel la communauté identifie ses besoins, mobilise ses ressources et développe une action pour y répondre ; et orientée vers le changement social par le renforcement de l'autonomie de la communauté, de la solidarité de ses membres et de leur participation sociales au moyen de pratiques démocratiques » (RQIIAC et Lachapelle, 2003, p. 16).

l'organisation communautaire dans le réseau public, la loi 10 de 2015 qui modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, et le programme national de santé publique 2015-2025. Ces deux éléments contribuent à façonner un système de santé et services sociaux plus centralisé et axé sur le curatif (Comeau *et al.*, 2018).

Entretemps, les OC se sont structurés à l'échelle provinciale par la constitution en 1988 du Regroupement des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé et l'élaboration d'un premier cadre de référence (RQIAAC et Lachapelle, 2003) puis d'un second toujours opérationnel (RQIAAC, 2010). On peut également parler d'une professionnalisation des OC. Celle-ci se reflète dans leur diplomation. Une enquête sur l'intervention collective au Québec rapporte qu'en 2015, 93,2 % des OC travaillant dans le public détenaient un diplôme universitaire et 54,9 % au moins un diplôme en travail social. 52,5 % avaient plus de 45 ans (Comeau *et al.*, 2018). On retrouve un profil relativement similaire parmi la quinzaine d'OC rencontrés pour la recherche à Montréal, âgés entre 40 et 65 ans, diplômés pour la majorité en travail social (avec souvent une formation en organisation communautaire et action collective), sinon en sciences humaines et sociales ou communication. De même, les critères d'embauche évoluent. Si l'expérience dans le milieu communautaire semble un préalable incontournable, savoir-faire et savoir-être prévalent sur les savoirs militants issus de l'action syndicale ou politique. Nouvelles exigences institutionnelles, aspect générationnel et dépolitisation de l'organisation communautaire peuvent expliquer ce constat.

Alors que la mobilisation citoyenne caractérisait davantage leur rôle, les OC apparaissent dorénavant comme des « accompagnateurs de milieu » (Bourque et Lachapelle, 2010). Ils se prévalent d'une certaine « expertise » en matière de participation citoyenne et de connaissance du milieu : institutions, organismes et acteurs-clés sur le terrain. Au-delà de l'aspect territorial, les OC interviennent sur des « dossiers » variés, par exemple la jeunesse, la petite enfance, les aînés, la santé mentale, l'itinérance, l'habitation et l'aménagement urbain, dans le cas de Montréal, etc. Cette « expertise » prend parfois la forme d'une prestation de service auprès de partenaires. Pourtant, quand l'on pense à la relation qui se tisse entre les secteurs public et communautaire, c'est la prestation de service par ce dernier qui vient en tête. Quand on interroge leurs « partenaires » du milieu communautaire, c'est surtout ce savoir professionnel combiné à leur expertise technique (appui pour monter des demandes de subvention, animer des rencontres ou des assemblées générales, etc.) qui est sollicité. On attend autant d'eux un certain leadership qu'une relative neutralité, que peut leur conférer leur positionnement institutionnel, afin d'assurer les rôles d'agents de liaison et de médiation (Bourque et Lachapelle, 2010).

Santé publique et Nouvelle gestion publique

L'institutionnalisation de l'organisation communautaire, la professionnalisation des OC et la normalisation de leur cadre d'action vont de pair avec une formalisation des pratiques. L'influence de la santé publique se fait grandissante, non sans tensions. Le fait que les instances

de Santé publique aient été intégrées au CISSS lors de la dernière réforme (2015) et que certaines équipes d'organisation communautaire se retrouvent sous sa direction complexifiée la donne. En effet, le rapport de l'organisation communautaire à la santé publique est ambivalent. Celle-ci devient paradoxalement un moyen de légitimation, voire de survie, un contexte de fragilisation de la pratique d'organisation communautaire au sein du réseau (Leclercq, 2019). De plus, on constate deux cultures distinctes. D'un côté, la santé publique mise sur l'expertise déductive, les données probantes et la recherche de pratiques scientifiquement documentées; de l'autre, l'organisation communautaire met en avant le fait de s'appuyer sur les compétences des citoyens et des citoyennes, les réponses innovantes et la prise en compte des particularités des communautés. Les OC peuvent se retrouver en situation de « double allégeance ». Le défi étant, selon le RQIIAC (2010) d'établir des espaces de négociations et que l'influence soit mutuelle et non unidirectionnelle.

Par ailleurs, comme d'autres professionnels, les OC ressentent directement les répercussions de la Nouvelle gestion publique (NGP) qui s'inscrit dans une reconfiguration de l'État social et un contexte de restriction budgétaire. La NGP consiste en une application des logiques de gestion issues des entreprises privées au champ des administrations publiques (Turcotte et Bastien, 2011). Avec cette conception, les usagers sont reconsidérés comme des clients tandis que les partenaires autonomes (comme les organismes communautaires) sont vus comme des sous-traitants. La NGP s'impose dans la plupart des pays occidentaux dès les années 1980. Il en va de même au Québec, où à partir des années 1980, puis surtout à partir de la Loi sur l'administration publique adoptée en 2000, les principes d'efficacité, de performance et de résultats seront mis en pratique dans les services publics. Le réseau de la santé et des services sociaux est pleinement concerné par ces transformations du *management* public (Grenier et Bourque, 2016 ; Turcotte et Bastien, 2011 ; Merrien, 1999). Certains auteurs soulignent les risques pour l'intervention sociale (Larivière, 2005) quand, par exemple, les logiques d'optimisation et de performance rentrent en contradiction avec les principes du travail social (Grenier et Bourque, 2016). Ces auteures relèvent de nombreux effets pervers de la NGP comme les rivalités et la perte de solidarité entre collègues (*Ibid.*, 2016). Ces constats s'inscrivent dans un contexte général où les évaluations se font de plus en plus pressantes, diffuses, continues. Rendre des comptes, être visible, mesurable et surtout compétitif devient une « injonction permanente » (Del Rey, 2013). Cette injonction se traduit par des processus de reddition de comptes répondant à des indicateurs de performance et des exigences d'optimisation dans l'organisation des services et des processus cliniques dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Ce mode de gestion, combiné à des politiques sociales qui ont tendance à individualiser les pratiques d'intervention (Bourque et Lachapelle, 2010 ; Comeau *et al.*, 2008) font en sorte que les gestionnaires des programmes et services et, par extension les praticiens, sont soumis à la production de statistiques pour comptabiliser les interventions selon un cadre normatif. Ainsi, l'extension de la NGP dans le réseau de la santé et des services sociaux (*Ibid.* ; Merrien, 1999 ; Turcotte et Bastien, 2010) soulève des enjeux pour le déploiement de certaines

pratiques professionnelles, notamment celles qui se situent à la marge du cadre normatif des services de première ligne, comme c'est le cas pour l'organisation communautaire.

Le cadre normatif : système d'information et instrument de gestion

La Nouvelle gestion publique a modifié l'organisation du travail dans différents contextes. Pour analyser ces politiques, on peut par exemple s'intéresser à l'évolution des programmes de gouvernement et les buts qu'ils se donnent (Merrien, 1999). Cette perspective peut sous-estimer l'ensemble des médiations, des techniques, des outils et des pratiques (Pillon et Quéré, 2014) qui se succèdent au sein de ces « bureaucraties professionnelles » (Romelaer et Mintzberg, 1982). Il est du coup intéressant de se pencher sur « les fils qui parcourent les administrations pour en constituer la colonne vertébrale » (Pillon et Quéré, 2014, p. 2)³, soit les « instruments » mobilisés par les acteurs pour mettre en forme la politique (Lascoumes et Le Galès, 2004 ; Baudot, 2011). Au cours d'une recherche exploratoire, est revenu à plusieurs reprises l'acronyme d'I-CLSC, un instrument mobilisé par différents acteurs pour la reddition de comptes au niveau de la première ligne du réseau de la santé et des services sociaux. Nous nous sommes donc centrés sur l'introduction du cadre normatif du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) qui apparaît comme un outil de gestion-clé au sein de ces établissements⁴. Pour le MSSS (2015) :

« Un cadre normatif est un document de référence supportant la saisie d'une information normalisée dans un système d'information et l'utilisation de ses données à des fins informationnelles. Son contenu, qui doit être le plus à jour possible, vise à documenter le contexte d'un système d'information, les éléments saisis, la nature de leur codification, les procédures de validation et de transmission des données ainsi que les principaux rapports qui en sont tirés. La démarche d'un cadre normatif s'inscrit dans la constitution d'une banque commune de données pour le réseau de la santé et des services sociaux » (*Ibid.*, p. 3).

Un archiviste médical (AM), qui « pilote » au niveau local le fonctionnement du système I-CLSC, traduira pour nous cette obscure définition :

« Un cadre normatif dans le fond, c'est un ensemble de normes qui visent à assurer une pratique semblable ». Pour illustrer son propos, il fait le lien avec les normes ISO⁵ : « Cela fait en sorte qu'une usine va faire un produit toujours pareil. Il ne sera pas meilleur parce qu'il est ISO, mais il va toujours être pareil. C'est la même chose au cadre normatif, c'est pour s'assurer que les

³ Par ex. Pillon et Quéré (2014) s'intéressent à la planification de l'action publique française à l'échelle du planning.

⁴ Pour ce chapitre, nous nous basons sur trois groupes de discussions menés à Montréal auprès d'OC d'un CIUSSS. Entre 5 et 10 OC participaient à chaque groupe de discussion. Nous avons abordé la question de ce cadre normatif puis nous avons proposé un cadre d'analyse permettant de penser l'impact des pratiques d'organisation communautaire sur les inégalités sociales (chapitre suivant). Dans ce chapitre nous croisons les discours des OC avec ceux de gestionnaires (3) et d'archivistes médicaux (2) recueillis lors d'entrevues individuelles.

⁵ Pour Organisation internationale de normalisation (dont le nom court, ISO, a été choisi pour être identique dans toutes les langues, dans un souci de normalisation)

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_internationale_de_normalisation].

intervenants codent pareil, pour qu'on puisse être capable de comparer des oranges avec des oranges (...) Le cadre normatif sert à rentrer uniformément les statistiques dans I-CLSC. C'est un peu un manuel d'instruction [pour] savoir comment rentrer les stats » (AM). Précisons qu'I-CLSC est un logiciel informatique.

Historique du cadre normatif

Dans un chapitre de présentation de son cadre normatif, le MSSS (2015) rappelle l'histoire du système. Initialement, le système d'information I-CLSC répond à un souci d'obtenir de l'information fiable, accessible et transparente sur la clientèle qui utilise les services des CSSS (mission CLSC)⁶. Une entente est signée en 1997 entre plusieurs acteurs du réseau de la santé, des services sociaux et une compagnie privée⁷ pour développer une application pouvant répondre aux différents besoins du réseau de la santé. Le système I-CLSC se déploie ainsi à partir de 1998 dans l'objectif affiché de soutenir les intervenants et les gestionnaires dans leurs activités pour « améliorer la qualité et l'efficacité des services rendus aux usagers par la mise en œuvre de programmes mieux adaptés » (*Ibid.*, p. 12). Le cadre normatif est un document évolutif. En 2005, soit dans sa septième version, il est mis à jour « afin de répondre aux demandes de plus en plus pressantes à différents niveaux de décision afin d'obtenir des indicateurs de gestion devant servir à la reddition de compte » (MSSS, 2005, p. vii)⁸. En d'autres mots, un instrument de collecte d'information conçu pour les intervenants, afin de mieux connaître les caractéristiques de leur « clientèle »⁹, devient un instrument de gestion visant l'efficacité des différents services. Pourtant, on relève une certaine ambivalence, du moins de la part des rédacteurs de ce document. Ainsi, dans sa version actuelle, il est indiqué que l'« utilisation de ces informations à différents niveaux favorise une saine gestion des services de santé » tout en signalant que « ce système ne peut être utilisé pour mesurer l'effort déployé par ces derniers pour assurer la prestation des services aux usagers » (MSSS, 2015, p. 13 et 11).

Un instrument adapté (aux pratiques d'organisation communautaires) ?

Chez certains OC, les mots sont durs pour critiquer cet outil : Une « aberration du système » — « Ça me répugne, c'est d'un ridicule, ça n'a pas de bon sens » — « C'est aliénant, dans le sens que ça n'a aucun sens, c'est robotique » — « C'est une perte de temps » — « Ils [le ministère] ont acheté quelque chose d'inapproprié, cela coûterait une fortune de le remplacer ». Le fait que cela ne « fonctionne pas » semble faire consensus. « Tout le monde l'a toujours critiqué » dira un OC. « Cela fait des années que les gens se plaignent, mais ils n'en prennent pas compte » précisera un OC. L'argument avancé est qu'il s'agit d'un outil davantage pensé pour un

⁶ Il s'agit de la dernière version, le système n'a pas été mis à jour depuis la création des CISSS-CIUSSS en 2015.

⁷ Le consortium Guichet Santé, la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) (à l'époque Direction générale adjointe des systèmes aux services sociaux et administratifs (DGASSA) et l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (à l'époque Fédération des CSLC).

⁸ Cette version est donc postérieure à la Loi sur l'administration publique de 2000 évoquée plus haut.

⁹ Croisé avec des indices de défavorisation, I-CLSC peut également servir à mesurer si les services rendus par le CLSC rejoignent la population défavorisée habitant le territoire. Voir par exemple INSPQ (2004).

« milieu hospitalier ou médical » qui fonctionne « à l'acte » et de manière individualisée. Même si dans la dernière version d'I-CLSC, un code « Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle » (le code 4150) a été ajouté, les OC trouvent l'outil inadapté à la réalité de leur travail qui se caractérise entre autres par des actions collectives inscrites dans le long terme. Du coup, d'autres moyens sont utilisés en interne pour rendre des comptes : des bilans, des plans d'intervention, des comptes rendus « faits à la mitaine ». Des moyens plus adaptés à la réalité du travail d'organisation communautaire.

Pour un archiviste médical, « je ne dirais peut-être pas qu' [I-CLSC n'] est pas adapté [au travail d'organisation communautaire]. Je dirais plus que le ministère a l'air de s'en foutre un peu. Ce n'est pas sa priorité (...) Fait qu'il ne nous fait pas rajouter de codes. (...) il n'est pas très développé » (AM). Pour une gestionnaire en lien avec les services aux communautés qui regroupent les OC au sein du CIUSSS, s'il est clair qu'I-CLSC est inadapté pour rendre compte du travail en organisation communautaire, on pourrait en dire autant pour d'autres professionnels : « Tous les travailleurs sociaux te diraient ça aussi, les infirmières te diraient ça. — Ce que je mets comme stats c'est la piqûre que j'ai donnée au petit bébé, mais là si j'ai montré à la maman à changer de couche, ça m'a pris 15 minutes à la place de 2 minutes bien là je ne suis pas performante — On est dans ce contexte-là en ce moment. Puis c'est de plus en plus présent ». Néanmoins, c'est le seul outil de réédition de comptes disponible et officiel, que le ministère prend en compte. Les autres équipes (par exemple l'équipe des services à domicile) utilisent également d'autres logiciels, mais comme l'indique un OC, c'est à travers I-CLSC, « qu'ils se font dire, n'oublie pas de faire des intrants ». La référence au terme « intrants » (pour parler des « stats ») est assez révélatrice. En langage économique, un « intrant » signifie tout élément qui entre dans la production d'un produit.

Usages et marges de manœuvre

Les OC doivent rendre des comptes de leurs activités via I-CLSC et son outil informatique. Pour expliquer la manière dont il rentre ses données, un OC caricature de la manière suivante : « Un intrant = une intervention = j'appuie sur le bouton ». Un autre OC illustre son propos par un exemple concret. Dans la manière de consigner les interventions, faire une présentation des services de l'établissement auprès d'une dizaine de personnes est mis sur le « même niveau » que faire un appel téléphonique auprès d'un partenaire. Dans le logiciel, cela se retrouve « dans la même case », alors que selon lui il y aura plus d'impacts pour la première intervention. Une OC donne un autre exemple. Faire une rencontre de 30 minutes avec une personne revient au même, au niveau statistique, qu'animer une démarche collective au cours d'une journée complète. Pour elle, même s'il est possible d'inscrire le « nombre de personnes présentes », cela ne rend pas compte du « travail réel ». Comme le souligne un OC, « ce qui est assez paradoxal aussi c'est qu'on a de plus en plus de demandes de l'interne, ou en tout cas on risque d'en avoir de plus en plus. Puis en même temps on ne peut pas rien stater donc plus on répond à l'établissement, plus on se met en porte-à-faux, fait qu'en même temps il y a quelque chose

qui est totalement illogique ». Cet OC donne comme exemple le cas d'une OC qui a travaillé plusieurs semaines sur l'organisation d'un colloque, mais qui n'a « rien [pu] coter là-dessus ».

Comme toute norme organisationnelle, ce cadre normatif laisse plus ou moins la place à différentes redéfinitions locales (selon les établissements), à différentes interprétations (selon les services ou équipes, selon les gestionnaires et les employés), à des négociations ou aménagements divers. Pour ce qui est des redéfinitions locales, un archiviste médical précise que le CIUSSS, dans lequel il doit « piloter » I-CLSC, est « un peu hors norme comparé aux autres CIUSSS (...) Le système est fait un peu plus pour des [établissements] réguliers. Donc on est un peu plus sur les bandes grises. (...) [En ce qui concerne les services cliniques] C'est différent d'un CLSC où t'as tout le temps des prothèses de genoux, de la glycémie, des petits problèmes psychosociaux. » Il attribue notamment cette spécificité locale à la présence sur le territoire de populations fortement marginalisées (comme les personnes en situation d'itinérance) et aux programmes spéciaux qui leur sont destinés. Ces programmes qui se veulent innovants, voire expérimentaux (comme les centres d'injection supervisés ou des équipes mixtes policiers/travailleurs sociaux) rentrent difficilement dans les cases de ce cadre normatif. De ce fait, il existe pour l'instant, en ce qui concerne ces programmes spécifiques, une relative marge de manœuvre. Cet archiviste médical précise que la grille provinciale a été aménagée au niveau local à cet effet.

En ce qui concerne l'organisation communautaire, la manière d'utiliser I-CLSC peut varier d'un établissement à l'autre ou d'une équipe à l'autre. Par exemple, comme le rapporte un OC, dans d'autres établissements, certaines équipes d'organisation communautaire comptabilisaient les activités de groupe « en rentrant les individus un par un ». Cela permettait de contourner la règle afin d'augmenter les statistiques et pouvoir continuer à faire des activités collectives. D'une manière générale, ces fluctuations dépendent en grande partie des rapports qui s'établissent entre les directions d'établissements et les gestionnaires ainsi que de la manière dont s'effectue l'encadrement des différentes équipes. Les gestionnaires des équipes d'OC étant souvent soumis aux pressions de leurs supérieurs hiérarchiques.

Un outil systématiquement utilisé/un outil utilisé de manière systématisée ?

Au sein des équipes d'OC, I-CLSC est-il systématiquement utilisé ? Est-il utilisé de manière systématisée ? Face à ces questions sensibles, les avis sont partagés. Pour certains OC, la réponse est « non », les pratiques sont fluctuantes et non harmonisées. Pour d'autres : « on n'a pas le choix », « à part les délinquants » dira en plaisantant un OC pour signifier les transgressions à ce cadre normatif. On note également certaines formes de résistance, plus ou moins assumées, notamment chez les OC en poste depuis plus longtemps : « tu ne peux pas demander à des personnes intelligentes de poser un geste inutile d'une façon répétitive ». Pour un autre OC, c'est un « outil imparfait » parce qu'à « géométrie variable », car « on ne rentre pas les mêmes affaires ». La manière de rendre des comptes dans ce système informatique n'est pas uniforme : untel ne va pas noter les coups de téléphone, untel va noter les coups de

téléphone et les courriels, untel va se baser uniquement sur ce qui est inscrit sur son agenda. Cela dépend donc de la façon de garder des traces de ce que l'on fait, et plus généralement des façons de travailler et de s'organiser individuellement. Ce qui peut apparaître comme un comble pour un organisateur communautaire peut s'interpréter comme le reflet d'une pratique d'intervention collective qui au quotidien se joue beaucoup individuellement. Hormis les réunions d'équipe, où chaque OC présente ses différents dossiers à la gestionnaire et aux collègues et où sont discutés collectivement les enjeux qui se présentent, au jour le jour, les OC ont tendance à travailler de manière individuelle sur leurs dossiers. Mais ces usages et interprétations variables du cadre normatif ne sont pas propres aux OC. Pour un archiviste médical, « on a tous des manières de fonctionner différemment, on a tous une organisation... on n'est pas organisés tous au même niveau ». Alors les intervenants sont « supposés » rentrer leurs « entrants » dans les 72 h : « On a déjà vu quelqu'un qui a fait un an de stats en trois jours ».

La pression aux « stats »

Au sein des établissements de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux, l'influence de la Nouvelle gestion publique et plus particulièrement l'introduction de la reddition de comptes ont été vécues, à l'époque, comme « un choc des cultures » pour reprendre l'expression d'une OC. Le récit de Diane¹⁰ est particulièrement éclairant :

Cela fait 35 ans que Diane est OC, elle a donc vécu l'évolution des CLSC. Avant d'être embauchée dans le réseau public, elle travaille dans un organisme d'aide à domicile pour les personnes âgées qui a été intégré au sein d'un CLSC. Elle raconte le contexte des luttes populaires des années 1970 qui ont débouché sur la création d'une clinique populaire qui a précédé à la création de ce CLSC dans les années 1980. La clinique a été dissoute et intégrée au nouveau CLSC. La « pression », comme elle dit, a commencé avec la création des CSSS en 2003. Cela s'est soldé par la fusion de plusieurs établissements, dont des CLSC sur un territoire d'intervention élargi. À un moment, « les statistiques sont arrivées, mais (dans son CLSC) on ne les remplissait pas ». Pour reprendre ses mots, les OC étaient très « délinquants ». Ils rédigeaient juste leurs « bilans annuels », sans compiler des données. Alors que dans l'autre CLSC, avec lequel le sien a été fusionné, la reddition de comptes était « systématique ». Ce CLSC « avait la réputation d'être très *by the book* là-dessus, c'était très administratif, c'était un choc de culture » (Diane). Selon elle, il s'agissait avant tout d'une question de direction. Dans l'autre CLSC, la direction était plus « directive », plus « cassante », notamment vis-à-vis de l'« agitation » politique. Il faut se rappeler qu'historiquement les OC proviennent de l'action sociale, politique et syndicale. Avec les CLSC, il fallait « être collé sur un territoire pour répondre aux besoins d'une population X ». Avec la fusion, les OC se sont fait dire « d'arrêter de penser en termes de CLSC » (Diane).

¹⁰ Le prénom a été modifié.

Les autres OC de l'équipe s'accordent sur le fait que la « pression aux stats » s'est immiscée de manière progressive. Les OC racontent qu'ils ont d'abord dû suivre des formations pour une utilisation adéquate et optimale d'I-CLSC. Ensuite sont arrivés les rappels à l'ordre, pour que chacun « produise » comme il se doit « ses stats ». Pour un OC, c'est « l'équivalent du profit pour le privé, nous [c'est] les statistiques, et qu'on produise des statistiques ». Puis, il y a eu « le tableau de la honte », comme le surnommait un OC. Ce tableau identifie ceux qui ne remplissent pas I-CLSC à temps, ou les récalcitrants. Du même coup, il est possible d'identifier ceux « qui ne notent jamais fort », sous-entendu ceux qui ne produisent pas beaucoup, du moins des stats. C'est raconté avec humour, mais c'est révélateur de la manière dont un cadre normatif s'impose auprès d'agents institutionnels. Une pression, certes, mais également une relative bienveillance, voire souplesse, de la part de la gestionnaire d'équipe pour qui « on ne se base pas là-dessus » (selon les propos rapportés par une OC). Cela peut s'expliquer en partie par le fait que l'établissement et la direction aient appuyé – jusqu'à maintenant – les services à la communauté. Un équilibre sensible dans un contexte de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux qui fragilise le positionnement des gestionnaires.

Du point de vue d'une gestionnaire, la situation s'est aggravée depuis la Loi 10. Le fait que l'organisation communautaire soit dorénavant rattachée à la santé publique n'arrange en rien la situation :

« Les gens que t'embauches, ils font des statistiques selon les activités qu'ils ont à faire [comme ce qui est en rapport avec le Plan d'action local ou le Plan national de santé publique]. Et là, on voit si t'es optimal ou pas optimal, si t'atteins les cibles. On est de plus en plus dans ce langage-là. Maintenant, en étant rattaché au programme de santé publique, voici l'argent qu'on a dans le programme santé publique, et vous avez à faire tac tac tac ces activités-là ».

Finalités

Un OC s'interroge sur l'utilité de ces « stats ». Il ne sait « toujours pas vraiment, concrètement, c'est quoi l'utilisation qu'on [en] fait (...) On nous revient jamais [dessus] à la fin d'année (...) j'ai pas de feedback ». Quels sont les impacts au niveau des équipes ? Il ressort des discours des OC rencontrés que ce système devient un moyen pour justifier des réorganisations de services et justifier des « coupures de poste », en fonction d'une prétendue efficience à atteindre. Le « non-sens » de cet outil est une chose mais comme le souligne une OC, le problème « c'est que l'on se fie dessus pour octroyer des budgets ». Ainsi, comme le rapporte un OC, des gestionnaires d'autres équipes « s'en sont servi (d'I-CLSC) pour couper parce qu'il y avait des coupures à faire ». Paradoxalement, l'outil aurait été utilisé pour ne pas avoir l'air de couper de façon trop « arbitraire ». Pour une gestionnaire en lien avec les services à la communauté, les « stats » peuvent servir à comparer l'efficience des équipes d'OC des différents établissements :

« Tout le monde maintenant a son équipe d'organismes communautaires en santé publique, les 5 CIUSSS [de Montréal], et là on voit dans le 4150 [le code qui concerne le Soutien au

développement des communautés et à l'action intersectorielle] combien de stats que t'as faites. Puis là si j'ai 20 OC puis j'ai moins de stats que l'autre qui en a 10, oh je ne suis pas performant » (Gestionnaire).

Jusqu'à maintenant, les services à la communauté, qui regroupent les OC au sein de l'établissement, ont été relativement épargnés. Selon un archiviste médical, l'organisation communautaire, « c'est un peu le parent pauvre. (...) Il y a moins de demandes au niveau du ministère, ils sont moins surveillés... (...) Même la Haute Direction, c'est rare qu'on aille lui demander des choses » (AM). Dans d'autres services, « les stats, c'est le nerf de la guerre » dira une OC. Les chefs de programmes poussent à faire « des stats », ce qui induit par exemple à prioriser des « activités individuelles » plutôt que des « activités de groupe » ou des partenariats qui ne sont pas comptabilisés comme tels dans I-CLSC. Un OC donne l'exemple d'un travailleur social qui se fait dire par son gestionnaire « ben, tu es à 1,5 intervention par jour, on t'en demande 4 – mais c'est parce que j'ai passé 3 h [dans un organisme communautaire] – non non, ça ça compte pas ! La nouvelle mode c'est que si ton collègue va dans le communautaire, donc il n'y a pas de stats, toi t'en feras deux de plus dans ta journée. Ça fera deux interventions de plus pour combler le fait que l'autre est à l'extérieur ». C'est aussi l'exemple des travailleurs sociaux ou des infirmières du CIUSSS travaillant en milieu scolaire qui doivent mettre de côté des interventions collectives qui auraient eu plus d'impacts, notamment pour toucher des groupes sociaux plus difficiles à atteindre. Cet ajustement (se recentrer plus sur les actions individuelles) est difficilement applicable pour les pratiques d'organisation communautaire puisqu'incompatible avec sa raison d'être. Selon une OC, « Tu ne peux pas passer ta journée à passer des coups de fil aux partenaires » pour remplir des stats.

Enfin, certains services semblent davantage « sous pression ». Au sein du CIUSSS concerné, les services de soutien à domicile pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie sont particulièrement concernés par la reddition de comptes. Selon un archiviste médical, si d'autres services (comme les services de santé mentale) commencent à être sur la sellette pour leur manque d'efficacité, les services de soutien à domicile sont davantage visés par le ministère du fait qu'ils occupent le poste budgétaire le plus important au niveau de la première ligne. Notons également qu'il s'agit d'un secteur concurrentiel et en parti externalisé vers le milieu communautaire ou le secteur privé. « C'est la seule équipe obligée de mettre dans les statistiques une durée d'intervention en présence de l'utilisateur. Parce que le ministère veut calculer le ratio Temps passé avec l'utilisateur / Temps passé au bureau. Le but est de diminuer le temps passé au bureau et d'augmenter celui en présence de l'utilisateur » (AM). Il précise également que dans le contexte de fusions d'établissement post-Loi X, il constate une forme de « nivellement par le bas ». Par exemple, « si ici on donne plus... mettons une personne âgée on donne trois bains, pis [l'autre établissement] en donne deux, va falloir en donner deux » (AM). Cet exemple parlant, montre bien qu'au-delà des impacts sur les pratiques professionnelles, la reddition de comptes peut avoir une incidence sur la « clientèle » et dans ce cas précis, sur le bien-être des personnes.

Réflexivité collective : penser les impacts de l'organisation communautaire sur les inégalités sociales

La difficile création d'indicateurs

Au-delà du fait que l'instrument I-CLSC rend difficilement compte du travail réel en organisation communautaire, il contribue à diluer les singularités de ce type d'intervention collective. Au nom de l'objectivité, cet instrument peut contribuer, non sans résistance, à une standardisation et normalisation des pratiques. Comme nous l'avons vu, ces processus varient selon les services ou les types d'intervention, mais il ressort de manière générale une perte de sens pour les intervenants qui n'épargne pas les OC. Dans un contexte de fragilisation du réseau et par extension de l'organisation communautaire, en tant que mode d'intervention singulier et minoritaire au sein de celui-ci, les OC ne sont pourtant pas foncièrement hostiles à l'idée de « se faire évaluer », de mesurer l'impact de leurs pratiques. D'une certaine façon, des indicateurs adaptés permettraient de rendre des comptes, certes, mais surtout de visibiliser, et donc légitimer, le travail des OC. Plusieurs démarches ont été entreprises au niveau provincial pour essayer de construire des indicateurs pour l'intervention collective. C'est par exemple le cas de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle (IPCDC, 2014) qui propose, dans une perspective de santé publique, une méthode pouvant faciliter la reddition de comptes en matière de développement des communautés. Pour notre part, nous avons développé une démarche de réflexivité collective pour tenter de mesurer, ou *a minima* comprendre, l'impact des pratiques d'organisation communautaire sur les inégalités sociales.

Trois éléments rendent compliquée cette tâche. Premièrement, il s'agit d'une pratique dont les impacts se mesurent (ou du moins) s'observent souvent sur le long terme. Une OC fera ainsi le lien avec la prévention en santé et la difficile mesure de ses impacts. Deuxièmement, il est difficile d'établir des indicateurs pour des pratiques multiples, pour des projets variés, dans des champs d'intervention spécifique inscrits dans des contextes hétérogènes (selon les quartiers, selon le milieu rural ou urbain, selon les acteurs impliqués, etc.). Troisièmement, il est parfois difficile d'isoler les impacts du projet en soi des impacts spécifiques aux pratiques d'organisation communautaire, du travail réel des OC. Par exemple, si un OC accompagne la mise en place et le développement d'un centre communautaire, il n'est pas toujours aisé de distinguer les impacts du travail de l'OC des impacts de ce centre. On constate également cela dans les récits des OC qui ont souvent tendance à s'identifier – le « on » utilisé est plus qu'un tic de langage – au groupe qu'ils accompagnent : organisme communautaire, tables de concertation, etc.

Proposition d'un cadre analytique

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'influence de la santé publique se fait grandissante, notamment depuis que de nombreuses équipes d'OC se retrouvent sous les directions de santé publique. Cette influence est plus ancienne que la dernière réorganisation du réseau en 2015.

Par exemple, il est intéressant de remonter le fil des différents cadres de référence du RQIACC pour voir comment sont pris en compte cette institution et ses principes. On y constate qu'au fil du temps, les OC ont appris à redéfinir (et réorienter) leurs pratiques en termes d'actions sur les déterminants de la santé (DSS) (Leclercq, 2019). La notion de DSS puise ses origines dans la littérature scientifique et apparaît comme une catégorie d'action publique emblématique d'un système où la santé et les services sociaux sont intégrés. Cette notion est devenue, dans les cadres de référence au niveau du RQIACC (2010 et 2003) et leurs déclinaisons locales, un référent pour l'action des OC et induit une normativité implicite. De plus, l'action sur les DSS se fait au nom d'un objectif de réduction des inégalités de santé, un prisme singulier, et dans un sens consensuel, de la notion d'inégalités. Des inégalités recentrées sur les individus et une grille analytique qui a tendance à diluer les rapports sociaux en jeu.

Pour notre démarche de réflexivité collective, nous avons proposé un cadre d'analyse « alternatif », ou complémentaire, en termes d'inégalités sociales. S'il existe un aspect « objectif » des inégalités – l'accès inégal et socialement hiérarchisé entre groupes sociaux à des ressources – la composante « subjective » est à prendre en compte : ces inégalités n'existent que si elles sont socialement perçues comme telles. Pour notre part, cette composante subjective renvoie à la manière dont les OC conçoivent leur capacité d'agir sur les inégalités sociales. Notre cadre d'analyse inclut différentes dimensions des inégalités sociales : matérielle, relationnelle et décisionnelle¹¹. La dimension matérielle renvoie à l'accès à des ressources comme le revenu, le logement, etc. La dimension relationnelle se réfère aux relations sociales (stigmatisation, estime de soi, etc.) tandis que la dimension décisionnelle évoque la capacité d'agir, l'autonomie des personnes et des groupes, etc. Enfin, les inégalités sociales sont produites dans le cadre de rapports sociaux de genre, de classe, d'ethnicité ou d'âge, entre autres (Bilge, 2011 ; Pfefferkorn, 2007 ; Juteau, 1994 ; McAll, 1990). Analyser l'impact des pratiques d'organisation communautaire signifie donc également questionner l'impact de ces pratiques sur ces rapports sociaux inégalitaires.

Étude de cas

Dans le cadre de groupes de discussion¹², nous avons demandé aux OC de retenir par avance un de leur dossier significatif en termes d'inégalités sociales. Chacun leur tour, ils exprimaient de quelle manière celui-ci pouvait être analysé à la lumière de notre cadre analytique. Pour cet article, nous ferons état de 2 projets mentionnés. Ils rendent compte d'une diversité des champs d'intervention. Ils permettent également de faire état, avec des exemples précis, de pratiques d'organisation communautaire.

¹¹ Ce cadre d'analyse s'inspire en partie d'un cadre d'analyse qui dénombre 5 dimensions au « bien-être » (Fournier et al., 2014).

¹² Trois groupes de discussions ont été menés à Montréal. Pour chacun des groupes de discussion, étaient présents entre 5 et 10 OC. Lors du dernier groupe de discussion, plusieurs textes ont été préalablement distribués pour alimenter la discussion. Parmi ces textes, a été fournie une première ébauche du présent article.

Le premier exemple concerne une table de concertation en logement social et communautaire dans un quartier central de Montréal touché par la gentrification et la spéculation immobilière. Cette table est coordonnée par un comité logement avec le soutien d'un OC. Pour celui-ci, c'est la dimension décisionnelle qui ressort davantage. Il se réfère à la notion « d'*empowerment* collectif » dans le sens où différents acteurs s'allient dans une « communauté d'intérêts ». Celle-ci veut devenir une interlocutrice privilégiée auprès des décideurs sur la question du logement social. Pour la dimension matérielle, si le but ultime de cette table de concertation est l'accès à des logements sociaux et communautaires, l'OC évoque la mise en commun des ressources. Cela peut être un cabinet d'architecture mettant à disposition certaines ressources (humaines, informatiques, etc.) ou un Groupe de ressources techniques en habitation communautaire (GRT)¹³ qui va apporter son expertise. Enfin, la dimension relationnelle se joue selon lui au niveau de la confiance qui s'est progressivement installée entre les différents acteurs. Une confiance qui a permis de développer une « vision commune », « pour parler de la même voix ». En ce qui concerne l'action sur les rapports sociaux, c'est « s'assurer que chaque acteur puisse contribuer de manière pertinente » et puisse trouver « sa place ». Pour l'OC, c'est également être vigilant à ce qu'aucun acteur ne prenne trop de place afin qu'il y ait un certain équilibre. C'est essayer d'atténuer les rapports de pouvoir en fonction du poids institutionnel ou du degré d'expertise. Dans son rôle d'animation, la gestion des tours de parole est importante à ce niveau.

Le deuxième exemple concerne un comité d'usagers en santé mentale regroupant des personnes qui fréquentent ou ont fréquenté les services en santé mentale d'un CIUSSS. Ce comité revendique une « parole citoyenne en santé mentale ». Une OC a participé à la création de ce comité et l'a accompagné dans son développement. Selon celle-ci, l'impact se fait surtout au niveau décisionnel en faisant en sorte de porter le point de vue des personnes directement concernées par les services en santé mentale pour les améliorer. Le comité soutient leur participation aux décisions autant en matière de planification, d'organisation, de mise en œuvre que d'évaluation des services. Mais dans un contexte de réorganisation des services, l'OC doit constamment « marteler » pour que le comité soit pris en compte. Elle dit faire de l'« *advocacy* », de la défense de droits dans sa propre institution. Pour la dimension relationnelle, l'OC indique que participer à ce comité exige certaines aptitudes comme la capacité de travailler en équipe, de participer à des réunions (parfois longues), etc. Ce qui n'est pas toujours aisé pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Par contre, s'investir dans ce comité permet de « briser l'isolement, de se retrouver ensemble ». Elle souligne également l'aspect relationnel avec des personnes n'ayant pas (ou pas eu) des problèmes de santé mentale. Pour la dimension matérielle, elle décrit son rôle dans l'accès à des ressources communes comme un « budget récurrent ». L'impact se situe davantage au niveau collectif qu'au niveau des conditions de vie individuelles. Concernant l'action sur les

¹³ Les groupes de ressources techniques (GRT) sont des entreprises d'économie sociale vouées au développement de l'habitation communautaire. Leur intervention vise l'amélioration des conditions d'habitation des ménages à faible et modeste revenu, et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

rapports sociaux, ce comité permet de rééquilibrer les rapports inégaux intervenant/usager. Elle fait par ailleurs référence aux rapports de genre. Elle constate que la prise de parole est plus facile chez les hommes, qui ont souvent plus d'expérience (soit au niveau de l'intervention, soit au niveau de la militance en santé mentale). Elle est vigilante sur cet aspect, notamment, dans son rôle d'animatrice, dans les tours de parole et fait également de la sensibilisation.

Ces deux cas permettent d'avoir un aperçu du rôle que peuvent avoir les OC dans deux champs d'intervention distincts : le logement et la santé mentale. Bien que le rôle d'« accompagnateur de milieu » (une table de concertation et un comité d'usager) évoqué plus haut puisse ici correspondre, l'aspect mobilisation collective, voire politique, n'en sont pas pour autant gommés. C'est d'ailleurs, comme pour ces deux cas, la dimension décisionnelle qui est davantage mise en avant par les OC rencontrés dans le cadre de notre exercice réflexif. De même, la capacité d'action sur les rapports sociaux est surtout envisagée au niveau des rapports de pouvoir entre différentes catégories d'acteurs (cabinet d'architecte/comité logement, intervenant/usager). Alors que pour cette démarche c'est le point de vue des OC qui est pris en compte, dans les deux autres volets de la recherche, l'impact des pratiques d'organisation communautaire sur les inégalités sociales est également considéré du point de vue de partenaires externes (représentants d'organismes communautaires, de tables de concertation, etc.), d'intervenants et d'usagers fréquentant différentes ressources.

Conclusion

Dans un souci de reddition de comptes, les OC doivent consigner leurs actions dans l-CLSC en se référant à un cadre normatif prédéfini éloigné de leurs pratiques. Comme nous avons pu le voir, les normes institutionnelles, qui peuvent s'imposer de manière brutale, peuvent être contournées, voire détournées. Aborder avec les OC la question du cadre normatif a permis d'en savoir davantage sur leur travail réel, leurs pratiques au quotidien. Des OC qui se trouvent en position d'interface entre une institution, productrice de normes, et la « communauté ». Ces professionnels se retrouvent en contradiction avec la Nouvelle gestion publique qui véhicule une vision aux antipodes de l'organisation communautaire qui est censée offrir un cadre à des pratiques de renforcement du pouvoir des personnes et les groupes comme des acteurs de changement social (Baillergeau *et al.*, 2008). Notre démarche de réflexivité collective pose la question de l'impact de ces pratiques en termes d'inégalités sociales. Elle permet d'entrevoir une forme d'évaluation qualitative, incluant des récits de pratique, qui essaie de redonner du sens à l'action de ces intervenants.

Bibliographie

Baillergeau É., Duyvendak J.W., Hoijtink M., Llobet Estany M. et Thiot, M. 2008, « Proximité et citoyenneté en milieu urbain. Les leçons de la pratique au Québec, aux Pays-Bas et en Espagne », *Revue du CREMIS*, vol 1, n° 3, p. 29-33.

Baudot P.-Y., 2011, « L'incertitude des instruments », *Revue française de science politique*, Vol. 61, n° 1, p. 79-103.

Bilge S., 2011, « De l'analogie à l'articulation : théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe », *L'Homme et la société*, n° 2, p. 43-64.

Boucher M., 2017a, « Le travail social communautaire : une tradition française ? », *Sciences et actions sociales*, n° 6.

Boucher M., 2017b, « Introduction – L'intervention sociale collective et communautaire. Réalités, atouts et limites », *Sciences et Actions Sociales*, n° 6.

Bourque D. et Lachapelle R., 2010, *L'organisation communautaire en CSSS. Service public, participation et citoyenneté*, Québec, PUQ.

Bourque D., Comeau Y., Favreau L. et Fréchette L., 2007, *L'organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique*, Québec, PUQ.

Comeau Y., Bourque D. et Lachapelle R., 2018, *L'intervention collective : convergences, transformations et enjeux*, Québec, PUQ.

Comeau Y., Duperre M., Hurtubise Y., Mercier C. et Turcotte D., 2008, « Les contributions de la formation à la structuration du travail social communautaire au Québec », *Pensée plurielle*, vol. 1, n° 17, p. 55-66.

Fournier A., Godrie B. et McAll C., 2014, *Vivre et survivre à domicile – Le bien-être en cinq dimensions*, Rapport de recherche CREMIS, Montréal, Québec [http://www.cremis.ca/sites/default/files/2014-01_vivre_et_survivre_a_domicile_modifie12-02-2014.pdf].

Grenier J. et Bourque M., 2016, « Les politiques publiques et les pratiques managériales : impacts sur les pratiques du travail social, une profession à pratique prudentielle », *Forum*, vol. 147, n° 1, p. 8-17.

Institut national de santé publique du Québec, 2004, *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC*, Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation – Unité connaissance-surveillance, Montréal, INSPQ.

IPCCD, 2014, *Rendre des comptes en développement des communautés*, Publications de l'IPCCD [http://www.oedc.qc.ca/files/fichiers/2014_rendre_des_comptes_en_dc_ipcdc-defis_responsabilite_populationnelle.pdf].

Juteau D., 1994, « De la fragmentation à l'unité : vers l'articulation des rapports sociaux », *L'égalitarisme en question. Cahiers de recherche éthique*, n° 18, p. 81-108.

Larivière C., 2005, « Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale », *Interaction communautaire*, n° 70, p. 13-16.

Lascombes P. et Le Galès P., 2004, *Gouverner par les instruments*, Paris, les Presses de Science Po.

Leclercq J.-B., 2014, « L'organisation communautaire au Québec et la reconfiguration de l'État social », *Revue du CREMIS*, vol. 7, n° 1, p. 49-55.

Leclercq J.-B., 2019, « L'action de l'organisation communautaire sur les déterminants sociaux de la santé : de quelles inégalités parle-t-on ? Un cas d'étude à Montréal », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n° 67, p. S61-S62.

Leclercq J.-B., Ballester Frago M. et Llobet Estany M., 2016, « Impacts des transformations de l'État social sur les pratiques d'organisation communautaire (Québec) et de travail communautaire (Catalogne) », in Baldelli B. et Belhadj-Ziane, K., *Transformations sociales et transformations de l'intervention sociale : vers un renouvellement des postures professionnelles et scientifiques de l'intervention sociale*, Paris, éd. L'Harmattan, p. 17-37.

Leclercq J.-B., Coulomb S., Llobet Estany M. et Soucisse F., 2017, « La reconfiguration de l'État social à travers les pratiques d'organisation (Québec) et d'intervention communautaire (Catalogne) », *Les Politiques Sociales*, n° 3 et 4, p. 102-113.

McAll C., 1990, *Class, ethnicity, and social inequality*, McGill-Queen's Press, MQUP.

Merrien F.-X., 1999, « La Nouvelle Gestion Publique : un concept mythique », *Lien social et Politiques*, n° 4, p. 95-103.

MSSS (2005) [<http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/I-CLSC.pdf>].

MSSS, 2015 [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-03-23-cn-i-clsc.pdf>].

Pfefferkorn R., 2007, *Inégalités et rapports sociaux – Rapports de classes, rapports de sexes*, Paris, éd. La Dispute.

Pillon J.-M. et Quéré O., 2014, « La planification de l'action publique à l'échelle du planning. Usages et construction des emplois du temps dans l'administration », *Temporalités – Revue de sciences sociales et humaines*, n° 19.

Plourde A., 2013, « Démocratisation des institutions et des pratiques en santé : l'exemple historique des cliniques populaires », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 26, n° 1, p. 231-246.

Plourde A., 2019, *État-providence et système socio-sanitaire au Québec : les CLSC comme étude de cas d'une analyse matérialiste et dialectique de l'État démocratique dans la société capitaliste*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.

Romelaer P. et Mintzberg H., 1982, *Structure & dynamique des organisations*, Paris, Les Éditions d'organisation.

RQIIAC, 2010, *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS – Cadre de référence du RQIIAC*, Québec, PUQ.

RQIIAC et Lachapelle R., 2003, *L'organisation communautaire en CLSC : cadre de référence et pratiques*, RQIIAC, Québec, Presses de l'Université Laval.

Turcotte L. et Bastien R., 2011, « Services publics, gestion axée sur les résultats et regards ethnographiques : utopie ou dystopie? », *Revue Altérité*, vol. 7, n° 2, p. 9-26.

Pour citer cet article

Référence électronique

Jean-Baptiste Leclercq, "Dépasser le cadre normatif pour penser son action en termes d'inégalités sociales", Sciences et actions sociales [en ligne], N°11 | année 2019, mis en ligne le date 17 juin 2019, URL : <http://www.sas-revue.org/n-conception/65-n-11/dossier-n-11/155-depasser-le-cadre-normatif-pour-penser-son-action-en-termes-d-inegalites-sociales>

Auteur

Jean-Baptiste Leclercq

Ph.D., Chercheur d'établissement

Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté www.cremis.ca

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Professeur associé, département de sociologie, Université de Montréal

jean-baptiste.leclercq.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Droits d'auteur

© Sciences et actions sociales

Toute reproduction interdite sans autorisation explicite de la rédaction/Any replication is submitted to the authorization of the editors