

# L'« organisation communautaire » au Québec et la reconfiguration de l'État social

## Le tournant

Que devient l'organisation communautaire au Québec dans le contexte de la reconfiguration de l'État social ? Dans ce texte, nous nous référons plus spécifiquement à l'organisation communautaire dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui constitue une singularité québécoise.

Qu'est-ce qu'on entend par « organisation communautaire » ? Kramer et Specht (1983, traduit par Duperré, 2007) mettent l'accent sur les « différents moyens d'intervention utilisés par un agent de changement professionnel pour venir en aide à des systèmes d'action à s'engager, à l'intérieur d'un système de valeurs démocratiques dans une action collective planifiée, dans le but de s'attaquer à des problèmes sociaux ». Cette définition de l'organisation communautaire est communément utilisée au Québec. Elle est reprise par différents auteurs (Bourque *et al.*, 2007 ; Duperré, 2007 ; Bourque et Lachapelle, 2010). On retrouve également cette définition dans le *Cadre de référence et de pratique*



karolajnat, 2007. Certains droits réservés ©

**HORIZONS**

Jean-Baptiste Leclercq

Chercheur d'établissement  
CSSS Jeanne-Mance

Professeur associé  
Département de sociologie  
Université de Montréal

Membre du CREMIS

en organisation communautaire du CSSS Jeanne-Mance (CROC<sup>1</sup>, 2012 : 12).

Quant à la définition de l'action communautaire, c'est celle de Lamoureux et al. (2008) qui est communément retenue : « L'action communautaire désigne toute initiative issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, d'intérêt, d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise par des pratiques multiples et diversifiées



structurées autour de trois axes principaux : a) la mise en place de ressources et de services d'utilité sociale évidente, b) activités d'éducation populaire favorisant l'exercice d'une citoyenneté active, c) la formulation et la mise à l'avant de revendications sociales visant à rendre notre société plus cohérente avec les valeurs auxquelles nous adhérons collectivement » (Lamoureux et al., 2008 repris dans Bourque et Lachapelle, 2010 et dans CROC, 2012 : 12). Notons que dans la définition du CROC, le *nous* est précisé en parenthèse : *les personnes, les groupes ou communautés*. Dans tous les cas, les valeurs sont présentées comme un consensus social.

Ainsi, pour Bourque et Lachapelle (2010), l'or-

ganisation communautaire est considérée comme une pratique professionnelle de soutien à l'action communautaire : elle sert d'interface entre les « collectivités » et les services publics. Le défi pour ces auteurs est de renouveler la reconnaissance de l'organisation communautaire afin d'encourager la participation citoyenne dans une tendance à la professionnalisation constatée aussi bien dans les CSSS que dans bon nombre d'organismes communautaires, d'instances de concertation et de développement local (Bourque et Lachapelle, 2010).

#### *Reconfiguration de l'État social*

Les dernières décennies ont vu la reconfiguration de l'État social. Par reconfiguration<sup>2</sup>, je me

réfère à la notion de « configuration » élaborée par Norbert Elias (1987), pour signifier que l'État social n'est pas une substance, mais plutôt un réseau complexe et enchevêtré d'interdépendances assimilables à un équilibre de tensions entre les parties (entités, groupes ou individus) d'un ensemble. La notion d'interdépendance n'exclut ni des rapports de pouvoir ni des rapports sociaux. L'utilisation du terme « État social » est préférée à celui d'« État providence » en référence à Robert Castel (1995). Ce sociologue estime en effet que cette expression est fâcheuse parce qu'elle ferait penser que l'État interviendrait avant tout comme un pourvoyeur de « bienfaits », en distribuant des oboles à ceux qui en ont besoin. Cette interprétation correspond finalement à peu de choses près à ce qui est communément considéré comme de la charité.

Dans la réalité, l'État social a toujours été limité et a laissé subsister d'importantes inégalités entre les groupes sociaux, tandis que son rôle a plutôt été protecteur contre les risques sociaux. Difficile à circonscrire de par ses multiples facettes, l'État social regroupe l'ensemble des interventions étatiques visant un certain « bien-être » social au sein d'une population. Cela peut recouvrir, par exemple, aussi bien les politiques de soutien au revenu ou à l'emploi, de santé, d'éducation ou tout ce qui a trait aux politiques sociales. L'État social s'est doté de compétences réglementaires, économiques et sociales qui ont de larges retombées au quotidien. En ce qui nous concerne, les pratiques d'organisation communautaire au sein d'un CSSS s'inscrivent pleinement dans cette reconfiguration de l'État social. Celle-ci est marquée par des processus pouvant avoir des impacts sur les inégalités sociales.

En Amérique du Nord, le Québec représente une formation sociale aux caractéristiques singulières (Côté, Lévesque et Morneau, 2007) pouvant notamment se comprendre à la lecture du lien entre protection sociale et nationalisme (Béland et Lecours, 2012). Au-delà des aspects liés au contexte linguistique et culturel, certains auteurs évoquent un certain « modèle québécois » (Lévesque, 2001, 2003). Celui-ci serait né au début des années 1960 dans le contexte de la Révolution tranquille, à partir de laquelle

est engagé un processus de modernisation politique, économique, sociale et culturelle d'inspiration keynésienne. Dans les années 1960-1970, le développement de l'État social au Québec apparaît comme une réponse aux demandes des mouvements sociaux : le budget le permet et les mouvements sociaux sont plus « étatistes » (Favreau, 2000). Ce contexte renvoie à un mode de gouvernance où l'acteur public joue un rôle prédominant (Klein, Fontan, Harrisson, Lévesque, 2010 : 237), notamment à travers le monopole étatique des services publics, qui sera remis en question dans les années 1980 alors qu'on parle d'une « crise du fordisme » ou d'une « crise de l'État providence ». Les années 1980-90 sont marquées par un frein aux services publics, des privatisations et des transformations du marché du travail, mais également par l'émergence d'un tiers secteur. Alors qu'on peut parler d'une montée du « local » et du « territorial » dans les années 1990, Favreau parle d'une « décentralisation tranquille » (Favreau, 2000).

D'une manière générale, il faut noter également l'influence des mouvements sociaux sur les politiques publiques, que ce soit à travers l'institutionnalisation d'expérimentations de la société civile ou de partenariats entre les acteurs publics et les acteurs sociaux (Lévesque, 2001). Pour Savard et Proulx (2012), avec ce nouveau partage de responsabilités entre l'État et les acteurs de la société civile, cette relation partenariale est passée progressivement de la « coexistence à la complémentarité ». Plus ré-

---

*« il faut noter également l'influence des mouvements sociaux sur les politiques publiques, que ce soit à travers l'institutionnalisation de la société civile ou de partenariats entre les acteurs publics et les acteurs sociaux. »*

---

« *L'externalisation des politiques publiques au secteur communautaire apparaît donc comme un des éléments marquants de la reconfiguration de l'État social.* »

cemment, coconstruction et coproduction apparaissent comme les maîtres mots des politiques publiques au Québec. Il est généralement entendu que le premier terme correspond à la création et le second à l'application des politiques publiques. Certains auteurs tout en analysant les contours de ces configurations reliant l'État, le marché et la société civile y voient des vecteurs de « démocratisation » et d'amélioration des politiques publiques (Vaillancourt et Leclerc, 2011 : 116)<sup>3</sup>.

#### *Santé et services sociaux*

C'est sans doute dans le domaine de la santé et des services sociaux que ces mutations sont le plus marquantes au Québec. De fait, les organismes communautaires sont plus nombreux dans ce secteur (Savard et Proulx, 2012 : 25). Jetté (2008) s'est intéressé à la reconnaissance et au financement des organismes communautaires par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en ce centrant sur le *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC) créé en 1973. On assiste ainsi à la constitution et à l'essor d'un tiers secteur formé d'organismes communautaires mettant dès lors en lumière une reconfiguration de l'État social ces quarante dernières années. En 1990, la réforme Côté, via la Loi 120, les reconnaissait officiellement, participant ainsi à leur développement. Pour Proulx, ce nouveau « mode de gestion du social » repose essentiellement sur quatre axes : « la personne au centre des préoccupations; une tendance à la régionalisation et au local; l'appel aux ressources de la communauté (les familles, les proches, les organismes communautaires); et le partenariat comme stratégie privilégiée d'intervention » (Proulx, 1997 : 27).

Plus proche de nous, en 2003, la réforme Couillard, en invitant les centres de santé et de services sociaux (CSSS) récemment créés à conclure, dans le cadre de leur « responsabilité populationnelle », des ententes de services avec leurs partenaires pour la livraison de services, y compris les organismes communautaires, s'alignait vers une certaine contractualisation de l'action publique (Savard et Proulx, 2012 : 25). Dans ce contexte, Caillouette et d'autres auteurs évoquent une « rupture » ins-

crite dans cette « réingénierie » de l'État marquant le passage d'un modèle de régulation « partenariale » à un modèle de régulation « marchande », dans lequel l'État « n'est plus tenu à un dialogue avec les acteurs de la société civile » (Caillouette *et al.*, 2007 : 462). Bourque (2004) montre également comment les Lois 25 et 83 inscrivent les CSSS et les organismes communautaires dans un rapport davantage hiérarchique de sous-traitance. L'externalisation des politiques publiques au secteur communautaire apparaît donc comme un des éléments marquants de la reconfiguration de l'État social. Toutefois, ces auteurs reconnaissent que ces relations laissent tout de même une certaine marge de manœuvre aux organismes communautaires, notamment quand il est question de coconstruction des politiques publiques. Savard et Proulx soutiennent que dans ce contexte les ententes de services n'ont finalement pas été grandement modifiées, que les relations entre les différents acteurs peuvent emprunter des modèles variés et qu'en général, on ne peut parler d'un « assujettissement des organismes communautaires aux règles et aux demandes du réseau public » (Savard et Proulx, 2012 : 28)<sup>4</sup>.

#### *Le mouvement communautaire et les CLSC*

La création des Centres locaux de santé communautaire (CLSC) en 1972 s'inscrit dans un

contexte de déploiement de l'État social et de développement du mouvement communautaire au Québec. Les CLSC mettent au service de la population des professionnels de l'action communautaire. L'introduction de l'organisation communautaire dans les CLSC apparaissait comme une innovation : le soutien à l'action citoyenne était considéré comme stratégie de santé et bien-être (Bourque et Lachapelle, 2010). Favreau et Hurtubise (1993 : 13) soulignent, pour leur part, que « Les CLSC sont apparus dans un contexte d'expansion du rôle providentialiste de l'État, particulièrement de sa fonction de fournisseur de services universels et gratuits, et par suite du développement des mouvements sociaux qui réclamaient, non seulement de meilleurs services du secteur public en la matière, mais aussi plus de démocratie directe dans la mise en œuvre de ces services. Aussi, la création d'organismes publics locaux qui auraient à fournir des services sociaux et des soins de santé de première ligne se fit avec la participation des travailleurs et de la population, pour créer un modèle original d'organisation ».

L'organisation communautaire est partie prenante de la dynamique d'implantation de cette « première génération » de CLSC. Pour Favreau et Hurtubise (1993 :2), l'action communautaire se déploie dans une institution publique – le CLSC – dont le « rapport à l'État a été de nature conflictuelle depuis ses origines ». Rappelons qu'au Québec dans les années 1970, on assiste à un essor des « groupes populaires » et des pratiques émancipatoires : coopératives d'habitation, garderies, radios locales, groupes de défense revendiquant des droits universels à partir de besoins localisés (par exemple, assistés sociaux, chômeurs, locataires, personnes handicapées, personnes retraitées) (Vibert, 2007 : 9).

Le réseau des CLSC est complété au milieu des années 1980 et fournit des ressources en organisation communautaire à l'ensemble du Québec : « L'organisation communautaire en CLSC a évolué comme pratique professionnelle en fonction de la transformation des communautés locales et des changements dans le réseau des servi-

ces sociaux et de santé » (Lachapelle, 2003 : 2). Favreau et Hurtubise remarquent une redéfinition des pratiques d'organisation communautaire en CLSC à la fin des années 1980 qui s'inscrit dans une reconfiguration de l'État social et un repositionnement des mouvements sociaux : « Ces tendances lourdes conduisaient à la normalisation des CLSC et de leur action communautaire : repli des mouvements sociaux (syndical et communautaire notamment), sous-traitance du secteur communautaire par le secteur public, directement ou indirectement par le seul financement d'activités complémentaires, spécialisation du secteur communautaire et des CLSC par problématiques, etc. » (Favreau et Hurtubise, 1993 : 11).

Bourque et Lachapelle balisent plus précisément une seconde phase de l'itinéraire de l'organisation communautaire dans le réseau de la santé et des services sociaux correspondant aux années 1986-2002. Cette phase est caractérisée par une certaine structuration de la profession qui se matérialise notamment par la mise en place du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC). L'assemblée générale du RQIIAC de 2002 adopte le *Cadre de référence de l'organisation communautaire en CLSC* qui réactualise celui hérité des années 1990. En soutenant la reconnaissance des pratiques d'intervention collective et en affirmant les principes rendant compte de la spécificité du métier d'organisateur communautaire,



John Morgan, 2008. Certains droits réservés ©

ce cadre participe à une certaine professionnalisation « en douce » (Bourque et al., 2007 : 341).

Dans son introduction à la publication de ce document publié en 2003, René Lachapelle, alors président du RQIIAC, aborde la question de l'évolution de l'organisation communautaire en ces mots : « dans toute profession, les pratiques évoluent avec le progrès des savoirs et des moyens disponibles. En organisation communautaire les savoirs évoluent avec les conjonctures. Quant aux moyens, ils dépendent des rapports de pouvoir entre l'État et la société civile, et dans celle-ci, entre les classes sociales et les groupes sociaux. L'organisation communautaire étant une pratique de changement social, une profession qui touche le politique, toujours campée dans des rapports de pouvoir, le cadre de référence ne doit ni succomber à la tentation du manifeste politique, ni éviter le défi de s'inscrire dans cette conjoncture toujours en mouvement » (Lachapelle, 2003 : 4). Ironie du sort ou perception des changements structurels en cours, les réformes mises en place la même année donnent un sens particulier à ces propos.

#### *L'organisation communautaire en CSSS*

Les lois 25 (2003) et 83 (2005) modifient le système mis en place par la réforme Côté (1991). Quatre-vingt-quinze CSSS sont ainsi créés et sont le résultat de fusions de CLSC, de centres d'hébergements et de soins de longue durée et souvent d'un centre hospitalier. Ils sont amenés à développer des réseaux locaux de services (RLS) intégrant, entre autres, ressources publiques, privées, organismes communautaires et entreprises d'économie sociale. À ces CSSS correspondent 95 territoires administratifs et décisionnels sur lesquels les nouveaux établissements ont une responsabilité populationnelle. Ceci étant, Fleuret et Apparicio (2011) rappellent que si l'offre de services de santé de première ligne est définie localement à l'échelle de ces territoires, l'allocation des ressources et la définition des grandes orientations des politiques de santé se décident au niveau provincial.

Dans la pratique, la création des CSSS a entraî-

né une mutation du contexte de travail et du rattachement administratif des équipes d'organisation communautaire (Bourque et Lachapelle, 2010 : 111). Cela marque un tournant important pour l'organisation communautaire (Comeau et al. 2008), particulièrement en ce qui concerne la formalisation des pratiques. Bourque et Lachapelle pointent plusieurs aspects de la réforme venant modifier les pratiques de l'organisation communautaire : (1) le rôle de liaison des organisateurs communautaires (OC) auprès des organismes communautaires est modifié dans le cadre des réseaux locaux de services et de la responsabilité populationnelle<sup>5</sup> ; (2) la responsabilité de santé publique et la « livraison de programmes normés et ciblés » ; (3) l'alourdissement des structures d'encadrement des établissements et l'influence de la nouvelle gestion publique<sup>6</sup> (Bourque et Lachapelle, 2010 : 31).

Si la création des CSSS marque un tournant, pour ces auteurs « ce n'est certainement pas la fin de la tension permanente qui caractérise l'organisation communautaire dans les services publics, particulièrement dans le réseau de la santé et des services sociaux » (Bourque et Lachapelle, 2010 : 31). L'organisation communautaire en CSSS se situe au cœur de paradoxes et de logiques contradictoires. En effet, d'un côté, on attend d'elle qu'elle renforce la société civile et la participation citoyenne, de l'autre, elle est partie prenante dans une institution marquée par la nouvelle gestion publique axée sur les partenariats public-privé (PPP) et la privatisation. De même, elle est censée agir sur les déterminants sociaux de la santé et les causes des problèmes sociaux alors que l'action publique ne vise qu'à en gérer les conséquences. (Bourque et Lachapelle, 2010 : 137).

#### Notes

1 : Document en cours de publication.

2 : Le préfixe « re », renvoie aux dynamiques et processus continus qui caractérisent l'État social.

3 : Pour plus de détails concernant les enjeux liés au financement et à la gouvernance des organismes communautaires, lire la revue de littérature de Depelteau, J. (2013). <http://www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2013/05/Communautaire---Revue-de-littérature-Web2.pdf>

4 : Outre la participation accrue des organismes communautaires à la création et/ou au développement des politiques publiques dans les domaines de

la santé et des services sociaux, il peut être également question de partenariat avec le secteur privé si l'on s'intéresse à reconfiguration de l'État social. Voir par ex. Charles et Guérard (2011) qui reviennent sur « expérience décevante » concernant l'hôpital à but lucratif au Québec (1961-1965) ; Jetté et Vaillancourt (2011) à propos des Entreprises d'économie sociale en service d'aide à domicile (EESAD) ou Camara et Leclercq (dans ce numéro) concernant des agents de sécurité privée œuvrant en CLSC.

5 : Pour Ellyson et Bourque (2009), la mise en place de réseaux locaux de services (RLS) vise surtout l'intégration et la gestion d'une première ligne de services mieux inscrite dans le milieu plutôt que le développement de réponses innovatrices issues des communautés. « Si l'organisation communautaire en CSSS peut compter sur la reconnaissance de la profession dans le réseau de la santé et des services sociaux, la responsabilité populationnelle, la standardisation des pratiques et la hiérarchisation des services inscrivent cette pratique dans un cadre nettement plus complexe où le départage des intérêts des communautés et celui des établissements ne passe plus par les mêmes modes de gestion » (Lachapelle, Bourque et Foisy, 2010 : 4).

6 : Sur la NGP, voir Larivière (2005). Pour résumer, il s'agit d'une conception des services publics où la gestion et la production des services tend à s'inspirer du secteur privé. Dans cette optique les usagers sont reconsidérés comme des clients tandis que les partenaires autonomes (comme par ex. les organismes communautaires) sont vus comme des sous-traitants. La NPG s'inscrit dans une reconfiguration de l'État social et un contexte de restrictions budgétaires, notamment en ce qui concerne les politiques sociales. Voir également Turcotte et Bastien (2010).

Béland, D. et A. Lecours (2012). *Nationalisme et protection sociale*, Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.

Bourque, D. et R. Lachapelle (2010). *L'organisation communautaire en CSSS. Service public, participation et citoyenneté*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et L. Fréchette (Eds.) (2007). *L'organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Caillouette, J., Garon, S. et A. Ellyson (2007). « La gouvernance du secteur de la santé et des services sociaux : Redéfinition des rapports État-société civile », dans Fleury, M. J., Tremblay, M., Nguyen, H. et L. Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*. Gaëtan Morin Éditeur, pp. 451-466.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris: Gallimard, Folio, (rééd. 1999).

Charles, A. et F. Guérard (2011). « L'État et l'hôpital à but lucratif au Québec, 1961-1975: une expérience décevante de partenariat », *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 26 : 499-526.

Comeau, Y., Duperre, M. et Y. Hurtubise (2008). Les contributions de la formation à la structuration du travail social communautaire au Québec, *Pensée plurielle*, 1 : 55-66.

Côté, L., Lévesque, B., et G. Morneau (2007). « L'évolution du modèle québécois de gouvernance : le point de vue des acteurs », *Politique et sociétés*, 26, 1 : 3-26.

CROC (2012). *Cadre de référence et de pratique en*

*organisation communautaire du CSSS Jeanne-Mance* (En cours de publication).

Depelteau, J. (2013). *Enjeux liés au financement et à la gouvernance des organismes communautaires québécois*. *Revue de littérature*, Montréal, IRIS.

Duperé, M. (2007). *Mobilisation et action collective : enseignement d'une pratique avancée pour la formation universitaire de deuxième cycle* (grade de maîtrise en service social). Deuxième congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale, Namur, Belgique.

Elias, N. (1987). *La société des individus*, Paris: Fayard (rééd. 1991).

Ellyson, A. et D. Bourque (2009). « Projets cliniques territoriaux des CSSS et participation des acteurs de la société civile », *Organisations et territoires*, 18, 1 : 77-86.

Favreau, L. (2000). « Le travail social au Québec (1960-2000) : 40 ans de transformation d'une profession », *Nouvelles pratiques sociales*, 13, 1 : 27-47.

Favreau, L. et Y. Hurtubise (1993). *CLSC et communautés locales: la contribution de l'organisation communautaire*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Fleuret, S. et P. Apparicio (2011). « Essai de typologie des centres de santé et de services sociaux au Québec », *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*, 55, 2 : 143-157.

Klein, J. L., Fontan, J. M., Harrisson, D. et B. Lévesque (2010). « L'innovation sociale dans le contexte du « modèle québécois »: acteurs, composantes et principaux défis », *The Philanthropist*, 23, 3.

Kramer, R. M. et H. Specht (1983). *Readings in Community Organization Practice (3e édition)*, Prentice Hall.

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

Lamoureux, H. (2003). *Éthique, travail social et action communautaire*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Lévesque, B. (2003). « Vers un modèle québécois de seconde génération ? » Dans Venne, M. (dir.), *Justice, démocratie et prospérité, L'avenir du modèle québécois*, Montréal: Québec/Amérique, pp. 49-69.

Lévesque, B. (2001). *Le modèle québécois : un horizon théorique pour la recherche, une porte d'entrée pour un projet de société*, Montréal: Cahier du CRISES, collection Études théoriques.

Proulx, J. (1997). *Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires dans le cadre de la Loi 120 : L'enjeu de la complémentarité*, Mémoire de maîtrise. Université Laval.

Savard, S. et J. Proulx (2012). « Les organismes communautaires au Québec: De la coexistence à la supplémentarité », *Canadian journal of nonprofit and social economy research*, 3, 2 : 24-42.

Vaillancourt, Y., et P. Leclerc (2011). « La coconstruction des politiques publiques », *L'économie sociale, vecteur d'innovation*, 115.

Vibert, S. (2007). *La communauté au miroir de l'État: la notion de communauté dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé*, Québec: Presses Université Laval.