

Annexe 1

Organisation communautaire et intervention collective au Québec

*Denis Bourque, professeur titulaire à l'Université du Québec en Outaouais et
Julie Richard, doctorante en santé communautaire*

Introduction

Au moment où les acteurs du champ social en France appellent à une mutation des pratiques professionnelles, en raison de l'épuisement d'une certaine manière d'agir du travail social individualisé, et s'interrogent sur les conditions de déploiement d'un travail d'« organisateurs communautaires » (au sens québécois), adapté aux défis sociaux d'aujourd'hui, ce chapitre méthodologique vise à présenter et à clarifier de façon concrète les contours et les enjeux des pratiques de l'intervention collective et communautaire au Québec. L'« organisation communautaire » révèle la possibilité d'un bon usage du travail social collectif dans l'optique d'une stratégie d'émancipation et d'insertion des populations, et plus précisément la nécessité d'articuler accompagnement individuel et travail social collectif dans une perspective de développement social. L'organisation communautaire et l'intervention collective sont ainsi l'objet de cette annexe qui retrace le parcours des interventions professionnelles qui rendent possible les actions collectives contributives au développement social et territorial qui se construit à l'interface des politiques publiques et de l'engagement des acteurs locaux, et cela avec le concours des professionnels de l'intervention collective. Les formes contemporaines de cette pratique professionnelle sont explorées ainsi que les conditions institutionnelles, administratives et politiques qui la façonnent sans jamais la définir totalement.

Au Québec, l'intervention collective, aussi appelée organisation communautaire, est présente dans le réseau public de santé et de services sociaux à partir du début des années 1970 avec la création des Centres locaux de services communautaires (CLSC). L'organisation communautaire devient l'une des méthodes majeures du travail social parce qu'elle mise sur l'action collective et parce qu'elle possède un ensemble de connaissances, des approches ainsi que des méthodes spécifiques. La fédération des CLSC du Québec (FCLSCQ, 1991 : 12) définit l'organisation communautaire comme « une forme de support organisationnel ou professionnel qui consiste à sensibiliser, à structurer et à organiser un milieu pour que celui-ci apporte une solution collective à un problème perçu lui-même comme collectif ». Dès ses débuts, l'organisation communautaire se centre sur l'action collective autour des conditions de vie dont les questions de logement, de transport, d'aménagement du territoire, de garderies, etc., et s'inscrit aussi dans la dynamique d'implantation des CLSC en favorisant, entre autres, la participation citoyenne à l'orientation des services. Au cours des années 1980, grâce au soutien des organisateurs communautaires (OC) de Centres locaux de services communautaires (CLSC), les groupes et organismes communautaires se développent en nombre et en diversité pour répondre aux besoins sociaux que les services publics ne prennent pas en charge ou qui le font de manière inadéquate faute de moyens ou d'approches appropriées. Ils sont en quelque sorte une réponse alternative aux problématiques collectives dans un contexte où prévaut une remise en question du rôle de l'État. Il s'agit d'une période intense de développement communautaire défini par Comeau (2007 : 59) comme étant « une action entreprise par la population pour améliorer ses conditions de vie à partir de ses propres

ressources et de l'usage de techniques qui favorisent l'autonomie, l'initiative et l'entraide ». Ce développement communautaire s'inscrit dans une demande sociale de prise sur la santé et sur les services collectifs.

Dans un contexte de crise de l'emploi, les organisateurs communautaires (OC) contribuent dans les années 1990 à la mise en place d'organisations dédiées au développement local et d'entreprises d'économie sociale et solidaire. Les années 2000 se caractérisent en organisation communautaire par la montée des pratiques d'action collective concertée initiées par des programmes publics ou philanthropiques, et par le développement des communautés territoriales.

Définition, approches et types d'intervention en organisation communautaire

Dès 1976, les conventions collectives du réseau de la santé et des services sociaux définissent ainsi le titre d'emploi d'organisateur communautaire :

« Personne qui fait l'identification et l'analyse des besoins de la population avec des groupes concernés. Conçoit, coordonne et actualise des programmes d'organisation communautaire afin de répondre aux besoins du milieu et de promouvoir son développement. Agit comme personne-ressource auprès des groupes. Doit détenir un premier diplôme universitaire terminal en sciences humaines. » (<https://www.aptsq.com/fr/convention-collective.aspx>)

Dans cette définition, la dimension de la participation des groupes concernés est centrale de même que celle du développement du milieu dans son ensemble. On y retrouve aussi la dimension de soutien auprès des groupes et organismes du milieu. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) donne en 2004 une définition de l'organisation communautaire dans son document cadre intitulé *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*.

« L'intervention communautaire s'adresse à des collectivités. Elle s'appuie sur une connaissance globale des paramètres sociaux, culturels, économiques et démographiques d'une communauté. Elle permet d'une part de repérer et d'analyser les problématiques de santé et de bien-être qui y sont présentes pour orienter les services offerts par le CSSS et d'autre part d'organiser en collaboration avec les acteurs présents les actions de prise en charge de ces problématiques. L'intervention communautaire fait une place prépondérante aux interventions qui portent sur les déterminants sociaux de la santé (inégalité des revenus, exclusion sociale, conditions de travail, éducation, etc.). (...) L'intervention communautaire devrait généralement faire partie d'une action planifiée du CSSS et être instaurée par cette dernière. L'intervention communautaire peut aussi être amorcée à partir d'un besoin observé ou d'une demande formulée par un individu ou un groupe d'individus, un organisme ou un regroupement d'organismes communautaires ou, encore, par une organisation ou un organisme responsable d'une démarche de concertation. » (MSSS, 2004a : 83)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) précise que l'organisation communautaire fait partie des interventions du **centre intégré de santé et de services sociaux** sur son territoire et se déploie aussi en réponse aux demandes du milieu, donc sous forme de soutien aux organismes communautaires, associatifs et autres acteurs sociaux locaux.

Approches en organisation communautaire

Une approche fournit un outil d'analyse et de planification permettant de composer adéquatement avec les dynamiques présentes sur le terrain et d'établir le cadre des pratiques en organisation communautaire. Elle permet de définir les interventions et les actions appropriées. Longtemps conceptualisée autour de la typologie de Rothman (1979)¹, l'organisation communautaire a fait l'objet, en 2007, d'une reconceptualisation (Bourque *et al.*, 2007) autour de quatre approches types : approche de l'action sociale (dans le sens de *social action* et non de politiques sociales) ou sociopolitique, approche du développement local, approche socio-institutionnelle, et approche sociocommunautaire. Cette typologie cherche à refléter l'évolution des pratiques autant dans le secteur public que dans le mouvement communautaire et associatif. Elle a été reprise par le Cadre de référence en organisation communautaire du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire (RQIIAC, 2010) qui vise à structurer la pratique d'organisation communautaire à partir du point de vue professionnel des intervenants. Ces quatre approches types ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent s'entrecroiser sur le terrain sous forme d'approches multimodales en fonction de facteurs comme l'échelonnement dans le temps d'une intervention collective et le contexte conjoncturel entourant cette intervention.

L'action sociale ou approche sociopolitique est une approche de défense, de promotion et d'institutionnalisation des droits sociaux, en particulier avec les groupes marginalisés. Elle mise sur la revendication et les pressions en opposition au pouvoir dominant. Postulant l'existence d'intérêts divergents voire contradictoires, elle utilise le conflit social pour promouvoir les intérêts de communautés ou de groupes défavorisés pour la conquête des droits et le changement social. L'intervention collective s'investit alors dans la mobilisation, la structuration de contre-pouvoirs, l'éducation populaire et le développement d'une conscience citoyenne.

Le développement local et des communautés visent l'identification par la population locale et les acteurs sociaux des problèmes et enjeux prioritaires des communautés et la réalisation d'initiatives visant à agir sur ces situations qui touchent généralement la dévitalisation socio-économique et la détérioration des conditions de vie. Elle favorise la concertation des acteurs locaux et la participation citoyenne dans le cadre de projets réalisés en mode de coopération et de négociation autour d'enjeux souvent conflictuels à traiter en fonction de l'intérêt général. L'approche du développement local veut renforcer l'autonomie et la capacité d'initiative des communautés, particulièrement au profit des populations appauvries, dans un processus d'appropriation du développement à l'échelle du territoire où la contribution des politiques et pouvoirs publics est négociée et intégrée. L'organisation communautaire y exerce des rôles d'analyse du milieu, de liaison, de formation et de soutien à la négociation et à la gestion des conflits.

L'approche socio-institutionnelle cherche à ce que les programmes et services publics adaptent leurs interventions aux personnes, aux groupes et aux communautés concernées afin d'en améliorer l'efficacité en les associant aux choix stratégiques qui les concernent. L'approche socio-institutionnelle participative a comme finalité le développement de la capacité d'agir des groupes et des collectivités dans une conception où ils deviennent davantage sujets des programmes et services publics ou philanthropiques et

¹ La typologie de l'organisation communautaire de Rothman (1979) comprend trois approches: l'action sociale, le développement local et le planning social. Comme le notent Doucet et Favreau (1991), le planning social peut appartenir à l'organisation communautaire ou à l'administration sociale, ce qui a toujours posé une difficulté conceptuelle à inclure cette approche dans les modèles de base de l'organisation communautaire.

moins objets ou consommateurs passifs de ces derniers. L'intervention collective organise et soutient la participation des personnes et des groupes en favorisant l'expression des savoirs, des compétences, des expertises et des intérêts citoyens. L'intervention concerne également les processus d'action collective concertée promus par les programmes publics et philanthropiques.

L'approche sociocommunautaire cherche à renforcer les liens sociaux et les solidarités de proximité en redonnant aux personnes du contrôle sur leur environnement immédiat. Elle repose sur la continuité d'intervention depuis le renforcement des compétences personnelles jusqu'à l'exercice de la citoyenneté dans le cadre de services de proximité et de réseaux d'appartenance. L'intervention collective y soutient le développement de services et d'activités d'entraide, l'appropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*) individuels et collectifs, ainsi que la prise de parole citoyenne.

Dans les établissements publics de santé et services sociaux, on trouve des pratiques qui correspondent à toutes ces approches. La recherche de Comeau *et al.* (2008) a montré que les modèles dominants sont différents d'une époque à l'autre, passant d'une prédominance de l'approche sociopolitique dans les années 1970 à celle du développement local durant les années 1980 et 1990. Les programmes publics et philanthropiques axés sur l'action collective concertée ont donné de l'importance aux approches socio-institutionnelles et sociocommunautaires au tournant des années 2000. Depuis quelques années, le développement des communautés territoriales est en croissance.

Interventions professionnelles en organisation communautaire (MSSS, 2009 : 92)

- 1- Identification des problématiques du milieu : études et recherches menées dans le but de déceler et de comprendre les problématiques propres à un milieu.
- 2- Sensibilisation et conscientisation du milieu : information, éducation et formation destinées à des groupes ou à des personnes et visant le changement des attitudes et des mentalités.
- 3- Soutien aux ressources existantes : aide technique et soutien professionnel reliés à l'organisation interne pour les groupes et les ressources du milieu.
- 4- Création de nouvelles ressources : aide pour la mise en place de nouvelles ressources ayant pour but de répondre aux besoins décelés dans le milieu.
- 5- Actions politiques : démarches et prises de position liées à la participation du centre intégré de santé et de services sociaux à une concertation en vue d'influencer les décisions politiques ayant un impact sur le milieu. Ces démarches et prises de position sont adoptées en conformité avec la mission et le processus décisionnel de l'établissement.
- 6- Concertation et mobilisation des ressources du milieu : actes reliés à la planification et à l'organisation des services visant à optimiser les interventions.

Les trois mandats de l'organisation communautaire dans le réseau public de santé et de services sociaux

L'organisation communautaire dans le réseau public de santé et de services sociaux se structure autour de trois mandats principaux:

- 1- Le renforcement de la société civile par des interventions qui visent le développement de l'action communautaire, celui des organismes communautaires et bénévoles, ainsi que la participation citoyenne.
- 2- Le soutien à la mission communautaire du réseau public de la santé et des services sociaux en favorisant l'adaptation des interventions publiques aux besoins et réalités des populations visées.

3- La contribution au développement des communautés (d'identités, d'intérêts et territoriales) par l'appui à la concertation des acteurs locaux et l'engagement des populations concernées.

Les organisateurs communautaires peuvent assumer ces mandats parce que leur expertise est contributive à l'atteinte de la mission de leur institution soit les centres intégrés de santé et de services sociaux.

Mission des centres intégrés de santé et de services sociaux et contribution de l'organisation communautaire

Le réseau public de santé et de services sociaux comporte une mission d'amélioration de la santé et du bien-être de la population qui implique le recours à des moyens qui vont bien au-delà de la seule dispensation des soins de santé comme l'affirme le Directeur national de la santé publique du Québec (MSSS, 2005). Cette mission fait appel à au moins trois stratégies qui mettent à contribution l'organisation communautaire:

- Accroître la prévention et la promotion de la santé
- Agir sur les déterminants sociaux de la santé
- Soutenir le développement des communautés

Prévention et promotion de la santé

La vision contemporaine de la prévention et de la promotion de la santé s'appuie sur une longue tradition inspirée par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) qui repose sur une approche globale des déterminants de la santé et sur la participation citoyenne et celle des acteurs sociaux locaux en tant que partenaires dans la prise en charge de leur propre santé et dans la transformation des conditions sociales responsables des inégalités croissantes en santé. L'organisation communautaire permet au réseau de la santé et des services sociaux de mieux contribuer à la promotion de la santé en redonnant du pouvoir aux communautés et en reconnaissant qu'elles sont capables d'identifier leurs besoins et de déterminer leurs actions.

Agir sur les déterminants sociaux de la santé

La loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment à l'article 100, donne aux centres intégrés de santé et de services sociaux le mandat de « collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale [centres intégrés de santé et de services sociaux], celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations ». Comme le souligne le Directeur national de la santé publique du Québec (MSSS, 2005), sur les 30 ans d'espérance de vie gagnés depuis 100 ans au Québec, 8 sont attribuables aux services de santé et 22 à l'amélioration de l'environnement, des habitudes et des conditions de vie, ce qui l'amène à affirmer que les principaux gains en santé des populations ne viendront pas du système de soins, mais de l'action sur les autres déterminants de la santé dont les conditions et les milieux de vie. Il identifie les actions efficaces suivantes:

- Réduire la pauvreté et les inégalités
- Préserver l'environnement physique
- Adopter de saines habitudes de vie
- Soutenir le développement des enfants

- Appuyer le développement de communautés solidaires

Les problèmes de santé que rencontre la population québécoise découlent, dans une très large mesure, des conditions de vie et de l'environnement social auxquels s'adresse précisément l'organisation communautaire par l'action collective. Les indicateurs de santé comme l'espérance de vie et la morbidité sont fortement corrélés avec les conditions socioéconomiques dans lesquelles les personnes vivent et travaillent, ainsi qu'avec la qualité des rapports humains: réseaux sociaux, participation sociale, cohésion sociale, sentiment d'appartenance, estime de soi, etc. (Bernard *et al.*, 2007; De Koninck, 2007). L'action sur les déterminants sociaux de la santé comporte le plus fort potentiel d'amélioration de l'état de santé des populations et de réduction des inégalités en ce domaine (MSSS, 2005).

L'organisation communautaire stimule et soutient la capacité des collectivités d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de prendre en charge leur développement, avec comme conséquence positive l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. Il s'agit de contribuer à élaborer des actions qui agissent sur les déterminants tels que la pauvreté, le logement, la scolarisation, la sécurité alimentaire, le transport, l'isolement social, l'accueil et l'intégration des migrants, etc. L'action sur les déterminants de la santé en collaboration avec des organismes communautaires et avec l'ensemble des acteurs de la communauté ne se réduit pas à l'application de programmes établis de façon bureaucratique. Son efficacité passe par une appropriation locale favorisant l'innovation. L'organisation communautaire soutient également le développement des communautés territoriales qui est une stratégie présente dans la mise à jour 2008-2013 du *Programme national de santé publique* (MSSS, 2008).

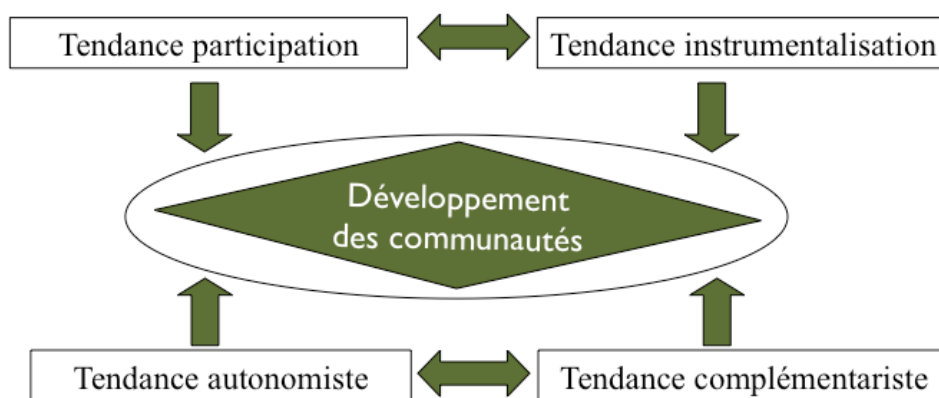
Soutenir le développement des communautés territoriales

À partir du début des années 2000, les pratiques de développement local font l'objet d'une reconnaissance nouvelle en devenant officiellement une stratégie de santé publique nommée Développement des communautés dans le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003) définit comme « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental ». Le développement des communautés est une forme avancée de développement local car il cherche à agir sur plusieurs composantes du développement soit le social, la santé, l'éducation, l'économie, etc. Il vise l'actualisation du dynamisme des communautés territoriales au travers d'un processus qui leur permet d'agir sur leurs problèmes en les définissant d'abord, en fixant les objectifs ou résultats qu'ils souhaitent, et en prenant en main l'action requise ainsi que son évaluation. Ce processus exige soutien, ressources et expertises qui doivent résolument se mettre au service du processus plutôt que de chercher à le déterminer dans l'une ou l'autre de ses composantes ou de ses étapes.

Cela suppose que les partenaires (institutionnels, privés et communautaires) sont en mesure de négocier leurs contributions sur des bases de réciprocité et d'équilibre des pouvoirs. Ces rapports de collaboration ne sont toutefois pas sans tensions entre des logiques divergentes (Gourvil, 2011) qui s'inscrivent dans une dynamique paradoxale. Comme les phénomènes structureaux imposent des contraintes sur l'action collective au même temps que cette dernière tente de les influencer, le développement des communautés territoriales doit être compris comme une dynamique complexe illustrée ainsi :

Dynamique paradoxale du développement des communautés territoriales

Logique descendante-exogène



Logique ascendante-endogène

D'une part, les institutions, l'État et certains bailleurs de fonds, s'inscrivant dans une logique descendante, développent des programmes qu'ils souhaitent pris en charge par les communautés locales (tendance participative) ou dont ils font une condition d'accès aux ressources requises (tendance instrumentalisaton). Ces programmes relèvent d'une logique exogène. D'autre part, les communautés, selon une logique endogène et ascendante, développent des stratégies et des projets concertés pour lesquels elles mobilisent leurs propres ressources et tentent d'accéder aux ressources externes. Certains acteurs locaux acceptent de définir leur action en fonction des programmes (tendance complémentariste), d'autres revendiquent la possibilité d'agir sur leurs propres bases (tendance autonomiste). Le développement des communautés territoriales est l'espace sur lequel se négocient les rapports entre ces logiques. Les organisateurs communautaires sont au cœur des processus qui permettent d'établir des rapports de collaboration entre les acteurs et contribuent ainsi à la construction d'un système local d'action. Le développement des communautés gagne en fait à être un processus « néogène », c'est-à-dire en partie exogène parce qu'influencé par les programmes et le financement en provenance des appareils de planification, et en partie endogène parce que reposant sur la participation et l'appropriation des acteurs. Le développement des communautés territoriales représente une forme de croisement entre ces deux tendances alors que les collectivités locales ont besoin de ressources pour organiser leur développement, et parce que l'État, via ses programmes, doit s'assurer d'une appropriation par les communautés dans la reconnaissance des spécificités locales. En effet, il est reconnu que l'adaptation des interventions publiques (ou privées) aux réalités locales et aux particularités des populations visées représente un meilleur facteur d'efficacité que la fidélité aux programmes (Bilodeau *et al.*, 2004 ; Bisset, 2008). Ce modèle « néogène » donne prise aux acteurs et aux communautés sur le sens et la finalité de l'action tout en s'inscrivant dans des politiques et des programmes qui lui sont indispensables. Les organisateurs communautaires qui soutiennent les pratiques de développement des communautés territoriales se situent à l'interface entre les logiques descendantes et ascendantes dans la recherche constante d'arrangements et d'innovations favorables au développement des communautés en favorisant leur accession au rang d'acteurs sociaux capables d'identifier leurs besoins, de déterminer leurs actions et de prendre en mains leur développement.

Le développement territorial intégré

La forme la plus avancée de développement des communautés est celle qui permet de réaliser sur une base territoriale la coordination et la convergence des différentes démarches d'action collective concertée existantes. Les acteurs de toutes les filières sont alors appelés à se donner un projet de territoire commun en cohésion avec leurs missions respectives tout en repoussant les frontières des missions sectorielles dans la recherche de l'intérêt général. La communauté locale peut par cette voie prendre possession de sa propre gouvernance, et par conséquent placer sa propre dynamique au centre du processus de développement de territoire qui comporte des caractéristiques qui augmentent le potentiel de l'action collective, à savoir:

- 1- Il favorise une prise en compte globale des enjeux collectifs en ciblant la communauté dans son ensemble dans ses dimensions sociale, économique, environnementale et culturelle.
- 2- Il implique nécessairement des actions intersectorielles et transversales puisque les interventions doivent composer avec divers niveaux d'organisation territoriale (local, régional, national, international), diverses missions de l'État (santé, emploi, éducation, etc.), divers groupes sociaux (enfants, jeunes, familles, personnes âgées), diverses problématiques (pauvreté, exclusion, santé mentale, environnement, etc.), divers acteurs (privé, public, institutionnel, communautaire, économie sociale).
- 3- Il contribue, sous certaines conditions, à augmenter le sentiment d'appartenance et d'identité au territoire et constitue un moteur de l'action collective. Comme Klein le mentionne, le développement territorial réfère à l'accroissement de la capacité de « certaines collectivités d'agir en systèmes, où les compromis entre les acteurs sont largement influencés par l'identité territoriale chez les acteurs » (2006 : 151).

Le développement territorial intégré s'inscrit aussi dans des rapports sociaux conflictuels qui peuvent opposer des intérêts particuliers entre eux ou au bien commun qui nécessite alors de mettre à profit des stratégies de négociation qui permettent à chacun des acteurs de projeter leur contribution. L'action collective dans cette perspective peut aussi prendre la forme de la contestation de politiques publiques ou de pratiques privées questionnables liées à l'exploitation des ressources naturelles notamment.

Les apports attendus des organisateurs communautaires dans ces démarches appellent le passage à un autre niveau d'analyse et de pratique, mieux ajusté aux défis actuels des milieux dans la reconnaissance d'un ensemble de complexité. Il s'agit d'ajouter au rôle d'accompagnateur de groupes, celui d'accompagnateur de milieux confrontés au défi de cohésion sociale, mais aussi au renouvellement du concept de développement des communautés territoriales en fonction des enjeux du 21^e siècle.

Valeurs et principes directeurs de l'organisation communautaire

La pratique des organisateurs communautaires des centres intégrés de santé et de services sociaux s'inscrit dans des valeurs et des principes directeurs que l'on peut résumer ainsi :

- Collectiviser les problèmes et les enjeux sociaux et de santé avec une nécessaire appropriation par les personnes et les collectivités concernées pour en faire des sujets et des acteurs du changement et non de simples objets de l'intervention publique ou philanthropique;

- Développer des organisations de la société civile démocratiques et autonomes basées sur une participation citoyenne authentique et porteuses de demandes de transformation sociale, ayant une fonction de contre-pouvoir indispensable à la démocratie et à la justice sociale;
- Développer le potentiel d'action collective et d'innovation des communautés (d'identité, d'intérêts ou territoriales) en misant sur leurs forces, compétences et solidarité en tant qu'acteur collectif toujours traversé par des conflits, des rapports de force et des intérêts spécifiques. Favoriser et soutenir la mise en place de réponses aux besoins des communautés sous formes de nouveaux outils collectifs, services de proximité, projets de développement, etc. Ces réponses appellent une coconstruction (citoyens, organismes communautaires, institutions, pouvoirs publics, etc.) qui nécessite une transformation de l'action publique et institutionnelle plutôt qu'une instrumentalisation par la gestion technocratique;
- Dépasser la gestion des conséquences des problèmes collectifs pour agir sur leurs causes structurelles, dont les déterminants sociaux de la santé, en développant le pouvoir d'agir des collectivités, leur mise en réseau ainsi que leur capacité d'action.

L'organisation communautaire est porteuse d'une dimension sociopolitique par ses visées de démocratisation reposant sur le postulat voulant que « les individus, groupes et communautés ont la capacité à être partie prenantes des décisions et des actions concernant les règles institutionnelles qui régulent la société. En cela, l'organisation communautaire rejoint la dimension sociopolitique de la vie démocratique de nos sociétés qui ne s'épuise pas, comme l'a bien démontré Tocqueville avec l'expérience américaine, dans la démocratie représentative. » (Jetté, 2015 : 402).

Diversification et convergence des métiers de l'intervention collective

L'intervention collective connaît depuis les années 2000 une extension en termes d'effectifs et d'employeurs à la faveur du développement des communautés territoriales. Plusieurs titres d'emploi désignent les « métiers du développement » estimés à plus de 2000 (Robitaille, 2016) : organisateur communautaire dans les Centres de santé et de services sociaux; agent de développement rural; agent d'économie sociale dans les Municipalités régionales de comté; agent de liaison dans les programmes issus de la philanthropie; agent de concertation et de développement dans les municipalités ou autres institutions; intervenant collectif dans les organismes communautaires, les tables quartiers, etc. Sans nier les particularités des démarches auxquelles elles renvoient, nous estimons avec Comeau *et al.* (2008) que, derrière la diversité des appellations, ces pratiques se rattachent au corpus commun de l'organisation communautaire. La plupart de ces professions du développement partagent les caractéristiques de s'exercer sur un même territoire de proximité dans le but de soutenir des projets dans le cadre de missions et de programmes institutionnels en favorisant la participation des personnes concernées ainsi que des rapports de coopération, de concertation ou de partenariat entre les acteurs locaux. Selon les employeurs et les mandats confiés aux intervenants collectifs, ces derniers ont plus ou moins de latitude pour pouvoir recourir à l'une ou l'autre des quatre approches de l'organisation communautaire. En pratique, l'approche socio-politique est la moins présente, alors que l'approche sociocommunautaire est portée surtout par les organismes communautaires, l'approche socio-institutionnelle par les organisateurs communautaires et les intervenants des fondations ou des institutions municipales, et enfin l'approche de développement local et des communautés

est surtout présente dans certains centres intégrés de santé et de services sociaux et aux tables de quartiers à Montréal.

Ces différents intervenants ciblent l'action collective et la concertation comme conditions de réalisation de la mission ou du programme qui les mandate. L'identité professionnelle des intervenants collectifs est en jeu. Sont-ils avant tout des agents de développement collectifs ou des agents de programme ? La notion de développement que nous retenons est celle du Conseil de la santé et du bien-être pour qui « le développement est un processus, une démarche par laquelle une communauté, par voie d'initiatives, tente de maintenir ou d'améliorer, selon les valeurs qu'elle juge prioritaires, les conditions de vie collectives et/ou individuelles » (CSBE, 2001: 11).

Le développement des communautés territoriales incite les différents agents de développement à décloisonner leur pratique. Ils ont à exercer une fonction de liaison entre les démarches d'action collective concertée, entre les institutions, entre les organismes communautaires, entre les uns et les autres et avec les expertises issues de la recherche, de la pratique et du vécu (Gélineau *et al.*, 2012). En tant que processus, la recherche fait mention que les intervenants collectifs devraient exercer un leadership propre à favoriser le développement d'un système local d'action (SLA) alliant à la fois action-réflexion et une connaissance du territoire favorisant la coopération entre les secteurs et les acteurs du développement (Lachapelle *et al.*, 2009). Le SLA est une construction sociale qui se développe sur la base des interactions entre des acteurs sociaux provenant de cultures organisationnelles différentes, qui n'ont pas un accès égal au pouvoir et dont les intérêts peuvent diverger. C'est aussi « faire cohabiter entre elles des logiques, des approches d'intervention, et même des conceptions de la communauté qui sont souvent différentes » (Bourque, 2008 : 98). C'est enfin rendre possible la gestion de conflits en permettant aux divers points de vue de s'exprimer et en aidant l'identification de possibles consensus. La fonction de liaison en intervention collective repose sur la connaissance du milieu et des acteurs en présence et sur la capacité de les mettre en action en assurant la cohésion du SLA et des rapports égalitaires dans les processus de prise de décision (voire Lachapelle dans le chapitre 6 de cet ouvrage). C'est aussi soutenir les démarches du SLA pour rendre accessible les ressources dont il a besoin pour réaliser ses actions, aussi bien celles dont il dispose à l'interne que celles pouvant provenir de l'extérieur (Klein, 2011).

Conclusion

Au Québec depuis vingt-cinq ans, les organisateurs communautaires se sont donné des moyens pour développer des pratiques réflexives leur permettant, entre autres, d'influencer le cadre structurel de leur pratique. Ils ont pu développer une expertise qui allie un savoir pratique des organisations et des territoires à des interventions fondées sur des compétences stratégiques. Cette expertise et ces compétences s'inscrivent dans une finalité que l'on peut résumer ainsi : faire des citoyens et des communautés des acteurs de leur santé et de leur développement, et faire des centres intégrés de santé et de services sociaux des promoteurs et des partenaires du développement territorial pour des communautés en santé.

L'intervention collective et l'organisation communautaire ont plus que jamais un rôle stratégique de soutien au développement de l'action collective et de la société civile que ce soit via l'une ou l'autre des quatre approches qui ont besoin de s'appuyer mutuellement pour résister et passer en mode proposition face à la fragmentation sociale et du vivre-ensemble. Les intervenants collectifs peuvent compter sur une formation initiale (universitaire ou collégiale) qui non seulement leur permet d'acquérir les compétences théoriques et pratiques,

mais aussi de développer une identité et une éthique professionnelles nécessaires pour faire les choix appropriés parmi les approches et les méthodes qui s'offrent à eux. Une formation qui devra toutefois s'actualiser constamment pour demeurer à l'affût de l'évolution des défis collectifs et ainsi outiller les futurs praticiens en organisation communautaire à la pluralité des perspectives de l'intervention collective teintées de la complexité des interactions sociales.

Typologie des pratiques d'après Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette (2007)

Variable de pratique	Approche sociopolitique	Développement local et des communautés	Approche socio-institutionnelle	Approche sociocommunautaire
1. Finalité de l'action communautaire	Revendication, affirmation et institutionnalisation des droits des populations	Prise en charge par la population Renforcement des capacités à partir des ressources locales	Mettre les membres de la communauté au centre des décisions et de l'action	Exercice des droits et contribution aux décisions sur son milieu
2. Postulat sur la structure communautaire et la problématique	Intérêts divergents entre les classes sociales sur différentes questions	Dévitualisation socio-économique Détérioration des conditions de vie Exclusion sociale	Persistance des problèmes sociaux Inégalités de santé Déterminants de la santé	Lien social fragilisé Trajectoires d'exclusion Dilution des solidarités
3. Stratégie de changement	Organisation de la solidarité Pression sur l'adversaire et appui de l'opinion publique	Action citoyenne Mobilisation et concertation des différents acteurs locaux	Initiatives en provenance des institutions pour agir sur une problématique Concertation et intersectorialité	Mise en réseau de personnes Développement de services de proximité Dispositifs d'insertion
4. Tactiques et techniques de changement	Conflit non violent Coalitions Action sociopolitique	Coopération conflictuelle Recherche de consensus	Expertise professionnelle (<i>top down</i>) Initiative communautaire (<i>bottom up</i>)	Renforcement des compétences personnelles et action sur l'environnement
5. Principaux rôles du praticien	Mobilisateur Éducateur populaire Analyse politique	Agent de liaison (catalyseur), formateur, soutien à la résolution de problèmes et à l'innovation	Mobilisation des acteurs concernés Soutien à la participation Appropriation créative de programmes Soutien organisationnel	Développement et soutien de services de proximité Soutien des savoir-faire individuels et de groupe Encouragement de la prise de parole citoyenne
6. Moyen assurant le changement	Organisation du groupe pour la cohésion, le leadership et le soutien matériel	Instances locales de concertation Plan de développement	Dialogue et apprentissage mutuel dans le cadre de programmes ou de projets	Interaction entre l'individu et ses groupes d'appartenance Dynamiques de solidarité locales
7. Attitude face à la (aux) structure(s) de pouvoir	Revendications et pression sur le pouvoir Négociation	Soutien de l'État aux initiatives locales Appropriation locale de programmes publics	Réduction des inégalités de pouvoir entre les acteurs	Rééquilibrer les pouvoirs au profit des plus démunis Redonner aux communautés le contrôle sur leur développement
8. Relation avec le système client	Communauté frustrée Population défavorisée	Collectivité locale Communauté territoriale	Population défavorisée ou vulnérable	Populations défavorisées Groupes vulnérables
9. Postulats relatifs aux divers intérêts des sous-groupes	Intérêts conflictuels Conflit social	Reconnaître les différences et renforcer les convergences	Reconnaissance par les experts de la légitimité et de la compétence citoyennes	Réorganisation des communautés
10. Conception de la population cliente	Oprimés, exploités, exclus	Citoyens	Clients et ou citoyens	Citoyens
11. Conception du rôle du système client	Membres, militants	Participation au processus de changement	Participation à la conception de l'action	Solidarité et participation citoyenne
12. L'empowerment	Conscientisation Renforcement de la capacité de faire valoir ses droits Institutionnalisation de droits	Autonomie, initiative et entraide Renforcement des capacités Participation des populations marginalisées	Acteurs en position d'influence et de négociation	Développement du capital social : réseaux, entraide, appartenance, résilience

Annexe 2

Quelques spécificités québécoises de la protection et de l'intervention sociales

Denis Bourque, professeur titulaire à l'Université du Québec en Outaouais

Comprendre le modèle québécois d'intervention sociale exige de connaître quelques-unes des spécificités de l'architecture de l'État social. Cette annexe présente un aperçu des politiques de protection sociale en vigueur, ainsi que l'organisation administrative et professionnelle du travail social, ainsi que celle de ses dispositifs de formation. Mais d'entrée de jeu, il importe de situer un certain nombre de définitions et notions de référence.

1- Définitions et notions québécoises

Action communautaire

Type d'action collective issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (d'intérêt, d'identités, d'affinités, géographique) « 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) 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) formulation et 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 : 4).

Communauté

Dans son acception anglophone la communauté (*community*) désigne « à la fois un endroit, des gens vivant en cet endroit, l'interaction entre ces gens, les sentiments qui naissent de cette interaction, la vie commune qu'ils partagent et les institutions qui règlent cette vie » (Médard 1969). Cette définition met en évidence trois composantes essentielles des territoires : des lieux avec leur singularité, des gens, et des institutions qui encadrent les activités, dont celles qui relèvent de l'économique et du politique (Jacquier, 2009).

La communauté renvoie aussi à un « regroupement de personnes vivant sur un territoire donné et partageant des intérêts communs à l'échelle de ce territoire » (CSBE, 2001: 11). La communauté implique l'existence d'un « système social structuré à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement, etc.). Les personnes qui y habitent ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté. » (INSPQ, 2002 : 17).

Développement

Selon le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE, 2001: 11) « le développement est un processus, une démarche par laquelle une communauté, par voie d'initiatives, tente de maintenir ou d'améliorer, selon les valeurs qu'elle juge prioritaires, les conditions de vie collectives et/ou individuelles ». Le développement présente donc un caractère fortement endogène puisqu'il se base sur des initiatives et des valeurs issues du milieu et qu'il cible les conditions de vie de ce milieu. Le développement ne saurait permettre une véritable avancée collective s'il n'est pas à la fois économique et social (Pecqueur et Itçaina, 2012) et s'il n'arrive pas à produire de nouvelles réponses aux besoins collectifs qui demeurent insatisfaits lorsque l'on s'en tient à la traditionnelle croissance du PIB (Moulaert et Nussbaumer, 2008). Développement n'est donc pas réductible à la croissance.

Développement des communautés territoriales

« Le développement des communautés est en fait un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique. » (INSPQ, 2002 : 16). « La question territoriale est ici centrale dans le concept de développement des communautés. » (INSPQ, 2002 : 17). Le développement des communautés territoriales renvoie à « l'ensemble des approches d'action communautaire fondées sur la participation des membres d'une communauté et sur le développement de leur emprise collective sur leurs ressources et leurs institutions locales » (INSPQ, 2002 : 26).

Développement social

« Le développement social fait référence à la mise en place et au renforcement au sein des communautés, dans les régions et à l'échelle de la collectivité, des conditions requises pour permettre, d'une part, à chaque individu de développer ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif, et d'autre part, à la collectivité de progresser socialement, culturellement et économiquement, dans un contexte où le développement économique s'oriente vers un développement durable, soucieux de justice sociale. » (CSBE, 1997 : 6)

Le développement social désigne ainsi « un ensemble de processus qui appellent la contribution conjointe de l'État et de la société civile (lutter contre les inégalités sociales et économiques ; adapter et harmoniser les politiques publiques ; soutenir les communautés ; favoriser la participation sociale) et qui visent l'amélioration des conditions de vie et des potentiels des personnes et des communautés. » (Robert, 2006 : 56). Développement social et développement des communautés territoriales sont deux notions étroitement liées. Le développement social se distingue toutefois par son champ d'action plus large touchant les orientations sociétales et les politiques publiques. Le développement des communautés repose en plus sur les notions de communauté territoriale, de concertation et de partenariat. Ainsi, s'il ne peut y avoir de développement des communautés sans développement social, le développement social ne conduit pas forcément au développement des communautés qui repose sur la capacité d'une communauté locale d'agir sur sa réalité et de prendre en charge son développement.

Développement territorial

Selon Moulaert & Nussbaumer (2008), le développement de territoire renvoie à des processus de coordination structurée auxquels adhèrent un ensemble d'acteurs (associations, économie sociale, institutions, élus, secteur privé) ayant des logiques et des intérêts différents, dans une forme de « coopération conflictuelle » visant à préciser des objectifs communs, prenant souvent la forme d'un projet de territoire, et à en favoriser l'aboutissement par des moyens convenus entre eux. Les pratiques de développement territorial intégré sont des formes de « concertation des concertations » expérimentées aux plans local et visant la coordination, l'intégration et la gouvernance des systèmes d'action multi-scalaires et multisectoriels (Jessop, 1997).

Organisation communautaire

« Différentes méthodes d'intervention par lesquelles un agent de changement professionnel aide un système d'action communautaire composé d'individus, groupes ou organisations à s'engager dans une action collective planifiée dans le but de s'attaquer à des problèmes sociaux en s'en remettant à un système de valeurs démocratiques. » (Kramer et Specht 1983 dans Bourque *et al.*, 2007, p. 13).

Territoire

Pecqueur et Itçaina (2012 : 48) présentent le territoire comme construit à partir d'« un concours d'acteurs, dans un contexte spatial déterminé qui vise à faire émerger, puis à tenter de résoudre, sous contrainte environnementale, un problème sociétal ou productif partagé. » Considéré comme un système d'acteurs situés dans l'espace et le temps (Giddens, 1989), le territoire représente à la fois un cadre d'action réunissant les gens concernés par une situation problématique et le résultat de cette action.

2- Les politiques de protection sociale au Québec

Selon la typologie d'Esping-Andersen (1990), le système-type de protection sociale en France est le système « corporatiste » où la protection est déterminée par le statut professionnel; et le système « libéral » au Québec qui repose sur un financement par l'impôt d'une protection minimale devant être complétée par les moyens de chacun. En fait, dans les deux sociétés, les systèmes de protection sociale sont relativement hétérogènes en empruntant tantôt au modèle corporatiste et tantôt au modèle libéral, mais avec une dominante qui permet de comprendre la spécificité de chacun. La France se caractérise par l'importance d'une assurance sociale destinée davantage au cotisant qu'au citoyen, tant dans sa gestion, son financement et son type de prestations (Palier, 2005). Au Québec, même si le programme d'assurance-emploi n'est admissible qu'aux personnes ayant cotisées, la majorité des autres programmes de protection sociale sont à caractère universel, mais avec des avantages fortement décroissants selon les revenus des personnes ou des ménages le cas échéant. Dans les faits, l'architecture globale de la protection sociale française est beaucoup plus robuste et développée que la protection sociale au

Québec. Non seulement les prestations et la redistribution en France apparaissent nettement plus significatifs, mais ils engendrent des dispositifs institutionnels et des pratiques d'intervention sociale qui leur sont conséquents. Pour avoir un aperçu des politiques québécoises et canadiennes de protection sociale, nous en explorons un exemple, celui de la sécurité du revenu (Noël, 2015).

2.1 Politiques de sécurité du revenu

Parmi les politiques publiques redistributives, celles touchant la sécurité du revenu sont les plus importantes. Au niveau du gouvernement canadien, donc de compétence fédérale mais desservant le Québec, on retrouve le programme d'Assurance-emploi et prestations de maladie qui offre une aide financière temporaire aux travailleurs sans emploi, ainsi que le versement de prestations de maladie aux personnes incapables de travailler pour des raisons de santé. Le programme est financé par des cotisations obligatoires et déduites à la source pour tous les salariés et les employeurs. Au cours des années 1990 et 2000, l'évolution du programme d'Assurance-emploi a été caractérisée par la baisse des prestations, une sélectivité croissante et une pression pour le retour sur le marché des prestataires.

Le taux de base servant au calcul des prestations s'établit à 55% de la rémunération hebdomadaire moyenne assurable, jusqu'à concurrence du montant maximum de la rémunération annuelle assurable qui est de 50 800\$ en 2016. Cela signifie que la prestation maximale est de 537\$ imposables par semaine, et ce pour une durée variable selon le nombre de semaines de cotisations et le taux de chômage de la région du prestataire. Un supplément peut augmenter les prestations, jusqu'à concurrence de 80% de la rémunération assurable, sous certaines conditions dont avoir des enfants à charge et disposer d'un revenu familial annuel net d'au plus 25 921\$. Le nombre maximum de semaines de prestation varie entre 36 et 45 encore une fois selon le taux de chômage de la région du prestataire, à l'exception des prestations de maladie qui sont d'un maximum de 15 semaines partout au Canada. Ce programme est entièrement administré par des fonctionnaires fédéraux et n'implique aucunement le travail social au Québec. Il en est de même pour le Régime de pension du Canada, ou le Régime de rentes du Québec, qui ont tous les deux des programmes complémentaires pour les personnes à très faibles revenus, mais dont la gestion n'implique aucunement le travail social ou une quelconque relation d'aide.

Le programme d'Allocation canadienne pour enfant, entièrement financé par l'État à hauteur de 24 milliards de dollars par année, est un exemple de politique d'investissement social ayant également des effets importants du point de vue de la redistribution et de la protection sociale. Les montants versés diminuent en fonction du revenu familial et sont exempts d'impôt, mais les montants prévus et les seuils de revenus à partir desquels les réductions s'appliquent ne sont pas indexés à l'inflation. Il est offert aux familles admissibles, soit plus de 90% des familles canadiennes, pour les aider à subvenir aux besoins de leurs enfants de moins de 18 ans. Les montants versés sont calculés par l'Agence de revenu du Canada à partir de revenu familial, du nombre et de l'âge des enfants ainsi que de la province de résidence, et sont acheminés mensuellement aux bénéficiaires. Les prestations peuvent atteindre un maximum de 6400\$ par année par enfant de moins de 6 ans et de 5 400\$ par enfant de 6 à 17 ans pour les familles les

moins fortunées, c'est-à-dire celles qui touchent moins de 30 000\$ par année. Le Québec a en plus un programme de même nature quoique beaucoup moins généreux.

Une politique importante de protection sociale est le programme québécois d'aide financière de dernier recours intitulé programme d'aide sociale et de solidarité sociale (l'équivalent du RSA) entièrement financé par l'État. Le programme s'adresse aux personnes de 18 ans et plus selon deux grandes catégories qui déterminent le niveau de prestations mensuelles. La première catégorie concerne les personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi attestées par un rapport médical. Les personnes dans cette catégorie doivent éprouver de graves problèmes de santé, c'est-à-dire dont l'état physique ou mental est manifestement déficient ou altéré, de façon permanente ou pour une durée indéfinie. De plus, leurs caractéristiques socioprofessionnelles (études et expériences de travail) doivent limiter leurs possibilités d'accéder à un emploi. Pour être admissibles, les personnes sans contraintes sévères à l'emploi doivent être sans emploi et démontrer que leurs ressources (argent, biens, gains, avantages et revenus) sont égales ou inférieures aux barèmes fixés par règlement. Le maximum des prestations est de 947\$ par mois pour un adulte seul avec contraintes sévères à l'emploi, et de 623\$ pour un adulte seul sans contrainte. Dans un cas comme dans l'autre, ces prestations se situent nettement sous le seuil de pauvreté établi par Statistique Canada. Tous les prestataires du programme d'aide sociale et de solidarité sociale ont cependant droit à des prestations spéciales couvrant en tout ou en partie les soins dentaires et optométriques, les frais reliés à la grossesse et à la rentrée scolaire, ainsi que les frais funéraires. Les soins médicaux, ainsi que les frais hospitaliers et de médicaments, sont couverts de manière universelle par le régime public. Les demandes de prestations sont présentées à des fonctionnaires du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, qui ne sont pas des travailleurs sociaux mais des fonctionnaires, qui en étudient la recevabilité et déterminent le montant de prestation admissible en fonction du nombre d'adulte et d'enfant dans la famille le cas échéant, des avoirs propres du demandeur, du partage de logement qui réduira la prestation de 100\$ par mois, etc.

D'autres programmes de redistribution existent comme les crédits pour les taxes canadiennes et québécoises sur les produits et services sous formes de versement trimestriel non imposables qui aident les particuliers et les familles à revenu faible ou modeste à récupérer, en tout ou en partie, les taxes qu'ils paient. Les montants versés sont proportionnels au niveau de défavorisation des personnes qui n'ont pas à demander les crédits car les agences gouvernementales du revenu déterminent automatiquement l'admissibilité et les montants à verser lors de la déclaration de revenus annuelle.

Enfin, le Régime québécois d'assurance parentale prévoit le versement d'une prestation à toutes les travailleuses et à tous les travailleurs admissibles, qui se prévalent d'un congé de maternité, de paternité, d'adoption ou parental au cours duquel elles ou ils cessent d'être rémunérés. Il faut donc avoir touché un revenu de travail pour y avoir droit. Le programme offre le choix entre deux options, le régime de base ou le régime particulier, qui diffèrent quant à la durée du congé et quant au pourcentage de remplacement du revenu. Le revenu maximal assurable pris en compte pour le calcul du montant des prestations s'établit à 71 500\$ en 2016 et qui sera remplacé entre 55 % et 75 % pour une période variant entre 5 et 28 semaines. Le programme est financé par des cotisations obligatoires pour tous les salariés, les employeurs et

les travailleurs autonomes et administré par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Les personnes qui estiment être lésées dans leurs droits quant à l'accès à ces différents programmes, peuvent recourir à des mécanismes d'appel des décisions administratives. Elles peuvent être accompagnées ou représentées par des intervenants sociaux d'organismes communautaires ou associatifs dont une partie sont des travailleurs sociaux. Dans le réseau public, ces derniers vont plutôt effectuer des fonctions d'évaluation, d'accompagnement ponctuel et de référence des personnes en difficultés vers les ressources communautaires ou associatives.

La protection sociale dans le domaine du revenu (tout comme celui du logement) n'implique pas directement les travailleurs sociaux québécois que ce soit dans les processus d'accès aux programmes ou de suivi des bénéficiaires. L'admissibilité aux programmes est régie principalement au moyen de mécanismes comptables et fiscaux administrés par des fonctionnaires. Les travailleurs sociaux entrent en jeu lorsque les personnes qu'ils accompagnent sont lésées dans leurs droits ou vivent des difficultés reliées à l'inadéquation des programmes en regard des besoins individuels et collectifs. Les travailleurs sociaux du réseau public vont référer les personnes en difficultés vers les organismes et ressources communautaires où d'autres intervenants sociaux mènent des activités d'aide et d'entraide comme le dépannage alimentaire, les cuisines collectives, la défense de droits, le micro-crédit, etc. Les organisateurs communautaires ou les intervenants collectifs s'investiront dans la structuration et le soutien d'actions collectives de type comités défense des droits des locataires, associations de locataires de HLM, développement de coopératives et organismes d'habitation, développement de projet d'économie sociale et solidaire, soutien à des tables de concertation locale sur le logement ou pauvreté, soutien à des mouvements comme le Collectif pour un Québec sans pauvreté ou celui pour un salaire minimum à 15\$/heure.

3- Le travail social au Québec

Le travail social est une pratique professionnelle qui est règlementée par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec sous l'égide de l'Office des professions du Québec. La loi définit ainsi le champ d'exercice du travail social : « Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement. » (Québec, 2009 : 4)

Plus précisément, l'Office des professions et l'Ordre des travailleurs sociaux énoncent que « Le travailleur social vise l'amélioration du fonctionnement social d'une personne, d'une famille, d'un groupe ou d'une collectivité lorsque ces derniers désirent rendre plus satisfaisante une situation selon leurs aspirations. Le travailleur social croit en la valeur intrinsèque de la personne, son droit à l'autodétermination et à l'autonomie. Par ses activités professionnelles, il met en place avec les personnes, les groupes et les collectivités, des conditions favorisant le développement de leur pouvoir d'agir et la réalisation de leurs potentiels et de leurs ambitions. Il vise à répondre à leurs besoins psychosociaux et communautaires, par des interactions sociales et

une participation satisfaisante à la vie de la société.» (Office, 2013 : 14). On ajoute que l'intervention se pratique « dans une perspective d'interaction entre la personne et son environnement, en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par la personne. Cette personne peut être un individu, un couple, une famille, un groupe ou une collectivité. Ce paradigme est au cœur de l'évaluation et de l'intervention du travailleur social, lesquelles se fondent sur la défense des droits de la personne et sur la promotion des principes de justice sociale. » (ibid.)

En fait, la grande majorité des travailleurs sociaux effectue presque exclusivement des interventions individuelles ou familiales. Ils exercent leur profession dans divers cadres dont le réseau public de santé et de services sociaux et ses différentes missions² : hôpitaux généraux et psychiatriques, centres d'hébergement ou de réadaptation, centres de protection de la jeunesse, centres locaux de services communautaires (CLSC) dans le cadre de services de consultation sans rendez-vous, de services à domicile ou dans les écoles, etc. D'autres employeurs publics retiennent les services de travailleurs sociaux dont les établissements d'éducation, des établissements correctionnels, des ministères fédéraux et provinciaux, etc. Le secteur communautaire et associatif est aussi un employeur important des travailleurs sociaux que ce soit les organismes d'aide aux familles et d'aide à l'enfance, les organismes d'entraide, les maisons d'hébergement pour femmes violentées, les maisons de jeunes, les centres de désintoxication, les centres de prévention du suicide, les centres de crise et organismes en santé mentale, les associations de parents, les organismes en itinérance ou de services pour personnes immigrantes, les organismes pour personnes âgées, etc. Enfin, de plus en plus de travailleurs sociaux font de la pratique privée et sont donc leur propre employeur.

Les tâches des travailleurs sociaux sont fonction du type d'établissement dans lequel ils exercent leur profession. Les travailleurs sociaux en protection de la jeunesse procèdent à l'évaluation des cas d'abus et de négligence envers les enfants et mettent en œuvre les mesures de protection appropriées. Ils supervisent le placement d'enfants en famille d'accueil ou en milieu fermé. Les travailleurs sociaux en milieu scolaire aident les jeunes et leur famille aux prises avec des difficultés d'adaptation, de comportement, les conséquences des troubles du développement, et les problèmes familiaux. Dans les centres de santé et de services sociaux, les travailleurs sociaux accompagnent des individus ou des familles aux prises avec divers problèmes sociaux (relations parents-enfants, problèmes conjugaux, crises situationnelles, précarité matérielle, etc.), ainsi que des personnes en perte d'autonomie et leur famille. En milieu communautaire et associatif, la pratique du travail social est encore plus diversifiée selon la mission des organismes ou associations, mais elle comporte généralement des tâches d'évaluation, de consultation, d'accompagnement individuel ou de groupe, de la représentation (advocacy) auprès de tiers, de

² Le réseau public comporte 5 grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) : centre local de services communautaires (CLSC); centre hospitalier (CH); centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ); centre de réadaptation (CR). Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) peuvent exploiter un CLSC, un CHSLD, un CH, un CPEJ et un CR.

médiation, l'animation de groupe d'entraide ou thérapeutiques, le soutien à différentes formes d'action collective, etc.

Les travailleurs sociaux en pratique privée sont rémunérés pour les services comme la consultation, la psychothérapie, la médiation, la thérapie conjugale, et les programmes d'aide aux employés. Leurs clients sont des personnes, des familles ou des organisations.

En 2015, 75% des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux travaillaient dans le secteur public, 18% pour des organismes communautaires ou associatifs, 4% en pratique privée exclusivement, et 3% détiennent divers statuts (retraités, professeurs, sans emploi ou en congés divers). On compte 400 organisateurs communautaires dans les centres de santé et de services sociaux, ce qui représente entre 10 et 15% des intervenants sociaux de ces établissements en 2014, dont la majorité ont une formation universitaire en travail social. Les organisateurs communautaires ne sont pas tenus par leur employeur de détenir le titre de travailleur social réservé aux membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux du Québec et dont le coût d'adhésion annuel est de l'ordre de plusieurs centaines de dollars. Il en est de même pour les travailleurs sociaux de formation qui pratiquent dans le milieu communautaire et associatif. Cela explique en bonne partie la faible représentation des organisateurs communautaires et des intervenants sociaux en milieu communautaire au sein de l'Ordre des travailleurs sociaux.

Enfin, deux professions sont associées au travail social en France, mais tout à fait distinctes au Québec, soit technicien en éducation spécialisée et psychoéducateur.

4- La formation en travail social

Deux parcours de formation en travail social existent au Québec. Le premier est de niveau collégial, d'une durée de trois ans, et mène à un diplôme de technique en travail social. Les détenteurs de ce diplôme ne peuvent utiliser le titre de travailleur social qui est réservé aux membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Quatorze collèges d'enseignement général et professionnel offrent la technique en travail social dont le contenu de programme est construit en fonction d'un référentiel de compétences qui modélise l'enseignement du travail social. Le deuxième parcours de formation en travail social est de niveau universitaire. Huit universités offrent un programme de baccalauréat en travail social (équivalent à la licence 3 en France) qui représente l'exigence minimale pour accéder à la profession. Il est aussi possible de faire des études supérieures menant à une maîtrise ou à un doctorat. Les détenteurs d'un baccalauréat ou d'une maîtrise en travail social peuvent devenir membre de l'Ordre des travailleurs sociaux sur demande et sans examen d'admission.

Le baccalauréat en travail social est décerné au terme de trois années d'études de premier cycle composées de cours théoriques et méthodologiques, ainsi que d'une formation pratique dispensée dans les milieux où s'exerce le travail social. Les programmes universitaires de premier cycle se composent d'un ensemble de cours théoriques sur des sujets comme les politiques sociales, les théories sociologiques, les théories psychologiques, les mouvements sociaux, les problèmes sociaux, etc. Ils comportent également un ensemble de cours

méthodologiques touchant l'intervention individuelle et familiale, l'intervention de groupe, et enfin l'intervention communautaire. La formation pratique se compose généralement de deux stages effectués dans les deux dernières années du cursus. Ces stages se réalisent soit en milieu institutionnel, c'est-à-dire dans un des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux, soit en milieu communautaire ou associatif. Ils se concentrent sur l'une ou l'autre des méthodes de base en travail social. Il y a environ 10 % des cohortes en travail social, sur un total de près de 1000 étudiants admis chaque année, qui s'orientent vers la méthode de l'intervention communautaire ou de l'organisation communautaire.

Les bacheliers en travail social peuvent être admis directement à un programme de maîtrise qui comporte généralement 45 crédits ou 18 à 24 mois d'études au second cycle. Les programmes de maîtrise sont de deux ordres : les maîtrises professionnelles (avec stage) qui visent l'approfondissement d'une pratique professionnelle spécialisée ; les maîtrises de recherche (avec mémoire) qui visent le développement de connaissances reliées aux objets et pratiques du travail social. Seules les maîtrises de recherche peuvent mener aux études de troisième cycle. Les personnes qui ont un diplôme universitaire dans une autre discipline et qui désirent obtenir une maîtrise en travail social doivent s'inscrire à un programme préparatoire qui comporte un stage obligatoire.

Les programmes universitaires en travail social sont élaborés par chacune des universités mais sont agréés par l'Association canadienne des Écoles de service social. L'Ordre des travailleurs sociaux estime avoir un droit de regard sur les programmes de formation universitaires, ce qui crée un certain contentieux avec les universités quant à leur autonomie et la liberté académique des professeurs. La place de l'intervention communautaire dans la formation en travail social pose également des défis. Il existe une tension entre l'objectif de sensibiliser l'ensemble des étudiants à la prise en compte de l'intervention communautaire dans leur pratique du travail social dans une perspective de pratique intégrée/généraliste, par rapport à l'objectif d'offrir une formation spécialisée permettant aux futurs organisateurs communautaires d'acquérir les connaissances et les compétences spécifiques à l'intervention collective. En pratique, puisque 90% des futurs travailleurs sociaux se dirigent vers l'intervention individuelle et familiale, cette méthode domine le cursus de formation, alors que peu de cours obligatoires, et encore moins de cours optionnels, permettent d'approfondir l'intervention communautaire. S'orienter vers des programmes de formation spécialisée en intervention communautaire du type baccalauréat ne serait pas viable du point de vue du recrutement des étudiants dans la plupart des universités du Québec, et surtout ouvrirait la porte toute grande à l'évacuation de l'organisation communautaire de la formation de premier cycle en travail social. La réponse imparfaite à ce dilemme repose jusqu'à présent sur la formation pratique, ou les stages, qui permet aux étudiants de développer sur le terrain les connaissances spécifiques à l'intervention communautaire et un début de maîtrise des processus et méthodes qui lui sont propres.