UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA PRATIQUE D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE EN CSSS EST-ELLE INSTRUMENTALISÉE PAR LES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE?

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN INTERVENTION SOCIALE

PAR
CHANTAL GOYETTE

JUILLET 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche s'est échelonné sur 5 ans. Si j'exclus les tourments qui m'ont assaillie au tout début de la rédaction, je garde de ces années de très bons souvenirs. J'ai eu la chance durant ma scolarité de rencontrer des professeurs dévoués et des collègues d'études qui sont devenus aujourd'hui des amis, dont Sophie et Brice. Vos encouragements, nos discussions et votre soutien m'ont été précieux et je vous en remercie.

Lorsqu'est venu le moment de la rédaction, j'ai pris le temps de rencontrer plusieurs professeurs et mon choix s'est arrêté sur Monsieur Jacques Hébert et Madame Jocelyne Lamoureux. Je n'ai jamais regretté ce choix. Vos questionnements, remarques et commentaires ont toujours été judicieux et, malgré mon long parcours, le sentiment d'être soutenue m'a toujours accompagnée, merci.

Finalement, si aujourd'hui, je peux être fière d'avoir accompli ce travail, c'est en grande partie grâce à mon compagnon de vie et je lui en suis reconnaissante.

Dès le début de cette aventure, je me suis engagée à faire de cette recherche un moment de réflexion sur ma pratique d'organisatrice communautaire. Ce métier, je l'ai découvert grâce à une femme passionnée, Raquel, que je tiens aussi à remercier de m'avoir initiée à cette pratique sociale. Merci également aux organisatrices et organisateurs communautaires qui ont accepté généreusement de participer à cette recherche et à tous ceux, dont mes collègues de travail, qui m'ont partagé leur réflexion.

Un dernier merci à mes parents et à ma belle-famille pour leurs encouragements constants durant toutes ces années.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....v

RÉSUMÉ.....vi

INTRODUCTION.....1

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE ET REVUE DE LITTÉRATURE.....3

1.1 État de la situation.....3
1.1.1 Définition de tâches des organisateurs communautaires.....4
1.1.2 Ressources du milieu.....6
1.1.3 Typologie des CLSC.....8
1.1.4 Orientations des interventions.....10
1.1.5 Typologie des stratégies.....11
1.1.6 Évolution de l'organisation communautaire et du mouvement communautaire..... 14

1.2 ANALYSE.....25

CHAPITRE II

CADRE DE RÉFÉRENCE ET MÉTHODOLOGIE.....29

2.1 Posture épistémologique.....29

2.2 Concepts clés.....30

2.3 Position sur l'organisation communautaire.....35

2.4 Perspective théorique.....36

2.5 Méthodologie.....36

2.6 Échantillon et traitement de données.....38

CHAPITRE III

PRÉSENTATION DES DONNÉES.....40

3.1 Organisateurs communautaires interviewés et contexte d'intervention.....40
3.1.1 Caractéristiques des organisateurs communautaires rencontrés et milieux de pratique.....41
3.1.2 Rattachement administratif.....41
3.1.3 Relations avec les professionnels de la santé publique.....42

3.2 Descriptions des programmes de santé publique.....42
3.2.1 Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE).....44
3.2.2 Programmes de promotion et de prévention de la santé des jeunes.....47
3.2.3 Programme 0-5-30.....48
3.2.4 Programme de prévention des abus et de la violence auprès des aînés.....49
3.2.5 Équipe en développement social, développement des communautés de la santé publique.....49

3.3 Déploiement des programmes.....50
3.3.1 Éléments communs aux programmes de santé publique présentés.....50
3.3.2 Éléments propres à certaines situations présentées.....52
3.3.3 Difficultés rencontrées lors du déploiement des programmes.....54
3.3.4 Possibilités d'interventions qu'offrent les programmes de santé publique.....57

CHAPITRE IV

ANALYSE.....59

4.1 Discussion entre les données recueillies et les concepts du cadre de référence.....59
4.1.1 Objectifs du réseau de la santé et des services sociaux.....60
4.1.2 Relations structurelles.....61
4.1.3 Composantes de la relation structurelle sous étude.....62
4.1.4 Processus d'instrumentalisation.....65

4.2 Trois catégories d'intervenants.....74
4.2.1 Les organisateurs communautaires en santé publique.....74
4.2.2 Les organisateurs communautaires mandataires de programmes de santé publique.....77
4.2.3 Les organisateurs communautaires utilisateurs de programmes de santé publique.....83

4.3 Réponse à la question de recherche.....89
4.3.1 La description des programmes permet-elle d'identifier des éléments confirmant ou infirmant cette instrumentalisation ?.....89
4.3.2 Qu'est-ce qui se retrouve instrumentalisé par les programmes de santé publique dans la pratique de l'organisation communautaire ?.....92
4.3.3 Stratégies de contournement.....96

CONCLUSION.....103

ANNEXES.....107

RÉFÉRENCES.....109

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAEQ :	Bureau d'aménagement de l'est du Québec
CDC :	Corporation de développement communautaire
CDEC :	Corporation de développement économique et communautaire
CH :	Centre hospitalier
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSS :	Centre de services sociaux
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DSC :	Département de services sociaux
DSP	Direction de la santé publique
FCLSCQ	Fédération des CLSC du Québec
FMI :	Fonds monétaire international
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
ROCQ	Regroupement des organisateurs communautaires du Québec
RQIIAC :	Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en Centres de santé
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité

RÉSUMÉ

Cette recherche veut répondre à la question suivante : est-ce que les programmes de santé publique instrumentalisent la pratique de l'organisation communautaire en Centre de santé et de services sociaux (CSSS)? Depuis l'arrivée de l'Institut national de santé publique du Québec et de son programme national de santé publique auquel doivent contribuer les CLSC, aujourd'hui intégrés aux CSSS, plusieurs programmes de santé publique sont présents dans l'univers des organisateurs communautaires en CSSS. Dans le discours que tiennent ces intervenants sociaux, une crainte est souvent exprimée, celle d'être instrumentalisés par ces programmes.

À l'aide d'une démarche exploratoire basée sur le récit de pratiques, huit organisateurs communautaires ont été rencontrés. À partir d'entrevues semi-dirigées, ces intervenants nous ont livré les expériences qu'ils ont vécues en travaillant avec ces programmes. Une analyse thématique nous a permis de relever plusieurs éléments que nous avons pu relier à différents concepts théoriques. Ces concepts clés portent sur la structure organisationnelle des CSSS, les relations de pouvoir entre les organisateurs communautaires et les agents de la santé publique, les objectifs poursuivis par le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les dimensions du processus d'instrumentalisation. L'étude de ces récits de pratiques nous a également permis d'élaborer trois catégories d'organisateur communautaire : ceux qui travaillent exclusivement avec les programmes de santé publique; ceux qui deviennent mandataires du déploiement d'un ou de plusieurs programmes de santé publique et enfin ceux que nous avons nommés les utilisateurs de programmes de santé publique.

Notre principale conclusion est que les principes d'action collective tels qu'énoncés dans le cadre de référence du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en Centre de santé ne sont pas intégralement respectés par les programmes de santé publique, et ce, malgré les efforts déployés par les intervenants sociaux. Une fois ce constat fait, la réponse à la question de recherche devient positive : la pratique des organisateurs communautaires en CSSS se retrouve instrumentalisée par les programmes de santé publique. Cette instrumentalisation est, par contre, atténuée par différentes stratégies de contournement développées par les organisateurs communautaires.

Mots clés : organisation communautaire, santé publique, instrumentalisation, CSSS.

INTRODUCTION

Notre recherche porte sur l'organisation communautaire en Centre de santé et de services sociaux (CSSS). En 2003, à la suite d'une vaste consultation auprès de ses membres, le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en Centre de santé (RQIIAC) a publié son cadre de référence. On y retrouve, entre autres, les fondements, les principes, les types et les processus d'intervention propres à cette pratique sociale. Depuis la publication de ce cadre de référence, le contexte dans lequel évolue cette profession s'est modifié. Il y a eu la généralisation des fusions d'établissements de santé et de services sociaux dans l'ensemble du réseau avec la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux adoptée en 2004 ; le déploiement de la politique de reconnaissance de l'action communautaire qui a amené des modifications au mode de soutien financier offert aux organismes communautaires ; ainsi que les retombées de la Loi sur la santé publique qui rend, entre autres, les CLSC imputables d'un programme d'action local en santé publique qui doit s'inscrire en conformité avec les plans d'action régional et national en santé publique. Les organisateurs communautaires sont directement interpellés par ces changements, car ceux-ci touchent à plusieurs aspects fondamentaux de leur pratique énoncés dans leur cadre de référence, tels les notions de territoire, de participation citoyenne ou encore de processus planifié d'action communautaire. Devant tous ces changements, certains organisateurs communautaires expriment la crainte que leur pratique soit instrumentalisée. Notre objet de recherche porte donc sur cette préoccupation.

Un de nos objectifs sera d'explorer le discours des organisateurs communautaires en Centre de santé et de services sociaux qui porte sur les risques que leur pratique soit instrumentalisée par les programmes de santé publique. Nous croyons que ceci nous permettra d'identifier les éléments qui sont à la source de cette possible instrumentalisation ainsi que ceux qui permettent à cette pratique de maintenir une marge de manoeuvre où le discours du cadre de

référence du RQIIAC prend vie. Cette exploration du discours et l'identification d'éléments clés dans celui-ci nous permettront d'analyser le contexte dans lequel ce discours et cette pratique s'inscrivent. Nous espérons de cette façon connaître les possibilités d'actions pour éviter l'instrumentalisation de cette pratique sociale, si tel est le cas.

Dans la perspective du renouvellement des pratiques sociales de la maîtrise en intervention sociale de l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal, il nous semble pertinent de nous intéresser au discours des organisateurs communautaires en CSSS sur la possible instrumentalisation de leur pratique. En effet, notre connaissance intime du milieu des organisateurs communautaires nous permet de constater que ces derniers sont souvent interpellés pour le déploiement de programmes développés par l'Institut national de santé publique du Québec « INSPQ ». Cet institut est relativement récent au Québec (1998). En tenant compte des transformations actuelles du réseau de la santé et des services sociaux, nous croyons pertinent de comprendre l'influence de ces programmes sur la pratique des organisateurs communautaires en CSSS selon le point de vue de ces derniers. Cette compréhension nouvelle nous aidera à déceler si un renouvellement de ces pratiques sociales s'effectue.

Les commentaires recueillis auprès d'organisateurs communautaires nous permettent d'identifier la crainte suivante : l'organisation communautaire serait instrumentalisée par les programmes de santé publique. Nous posons donc la question suivante : est-ce que les programmes de santé publique instrumentalisent la pratique des organisateurs communautaires? Afin de répondre à cette question, nous définirons le concept d'instrumentalisation, nous tenterons, par la suite, d'identifier dans la description des programmes de santé publique des éléments confirmant ou non cette possible instrumentalisation. Nous analyserons aussi la description que font les organisateurs communautaires de leur pratique en lien avec les programmes de santé publique afin de déceler ce qui se retrouve instrumentalisé ou non. Finalement, nous voulons également savoir comment les organisateurs communautaires qui identifient cette instrumentalisation tentent de la contourner.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE ET REVUE DE LITTÉRATURE

1.1 État de la situation

Le problème à l'étude est le risque que la pratique d'organisation communautaire soit instrumentalisée par les programmes de santé publique. Plusieurs écrits expriment cette crainte. Par exemple, les organisateurs communautaires de la Montérégie, membres du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en Centres de santé (RQIIAC), indiquent qu'ils sont « inquiets que l'élaboration de programmes aboutisse non seulement à une instrumentalisation de l'action locale, mais aussi à un dédoublement avec les autres interventions régionales. » Ils soulignent dans un texte adopté le 20 mars 2000 en assemblée générale et publié dans la revue *Interaction communautaire* que

> Les inquiétudes des membres du RQIIAC se confirment face à ce qu'ils considèrent comme l'instrumentalisation de l'action locale, alors que les Tables de concertation, qu'ils ont mises sur pied dans le cadre de ces programmes, semblent conçues au niveau régional comme des outils de la Régie régionale. (RQIIAC Montérégie, 2000)

D'autres organisateurs communautaires travaillant en CLSC ont aussi manifesté leurs craintes dans cette même revue. Ainsi, Gilles Beauchamp écrivait en 2003 :

> L'implantation de programmes et de stratégies jugés « efficaces » pour prévenir certains problèmes ou renforcer certains potentiels de développement, doit être faite en évitant de réduire les capacités génériques des milieux, notamment en transformant des organisations capables d'innovation et d'analyse en des applicateurs fidèles. Cette crainte est particulièrement ressentie par les groupes communautaires ou encore les organisateurs communautaires de CLSC à qui on propose de devenir de simples

> vecteurs de distribution de « programmes établis » (où les clientèles, méthodes, grilles et outils ont été établis) plutôt que d'être des accompagnateurs de processus de croissance et développement. (Beauchamp, 2003)

Il y a aussi cet article rédigé par René Lachapelle, organisateur communautaire et ancien président du RQIIAC, dans le cadre d'une rencontre à l'Université du Québec à Chicoutimi dont le titre est « Retrouver notre capacité d'initiative, le développement des communautés et l'État libéral » qui souligne que : « La tendance à l'instrumentalisation de l'organisation communautaire qui se manifeste déjà dans certains programmes de santé publique et suscite de fortes réactions dans les rangs du RQIIAC risque-t-elle de s'étendre à l'ensemble des interventions? » (2004)

Puisque notre intérêt de recherche porte sur cette possibilité maintes fois exprimée que la pratique de l'organisation communautaire en CSSS au Québec soit instrumentalisée, nous avons cherché à comprendre, à travers une lecture des différents écrits portant sur ce champ d'intervention, ce qui compose cette pratique afin d'identifier ce qui pourrait être instrumentalisé. Nous présenterons ici les éléments les plus pertinents pour comprendre la problématique qui nous intéresse. Une première section sera descriptive : les tâches de l'organisateur communautaire, les acteurs avec lesquels ces intervenants travaillent ainsi que les types de CLSC, maintenant intégrés aux CSSS, dans lesquels ils se trouvent seront présentés. Nous poursuivrons par un exposé sur les orientations données à cette pratique et les stratégies utilisées. Une présentation de l'évolution de cette pratique au fil des ans aura aussi une place de choix dans cette section. Enfin, une discussion analytique sur l'ensemble des éléments exposés nous permettra de dégager les concepts clés qui composeront notre cadre d'analyse.

1.1.1 Définition de tâches des organisateurs communautaires

La première recherche réalisée sur le travail des organisateurs communautaires a été menée par le Regroupement des organisateurs communautaires du Québec (ROCQ) en 1978. L'objectif de celle-ci était de « [...] prendre une meilleure vue d'ensemble de leur champ de

pratiques [...] » (Doré et Larose, 1979 : 70). On peut lire dans cette recherche, entre autres choses, la définition de poste des organisateurs communautaires. À cette époque, cette définition varie selon que l'intervenant travaille pour le Réseau des Affaires sociales (aujourd'hui devenu le réseau de la santé et des services sociaux) ou d'autres réseaux (éducation, communautaire, syndical, coopératif). La définition qu'en donne la convention collective en vigueur dans les CLSC lors de la recherche est la suivante :

> 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. (Doré et Larose, 1979 : 77)

Cette définition est encore en vigueur aujourd'hui. Ce n'est qu'en 1991 qu'un comité présidé par Mme Michèle Vigeoz, alors directrice générale au CLSC St-Léonard, s'attardera à «[...] mieux définir ce que devait être l'action communautaire en CLSC et les balises qui devaient la guider. » (Vigeoz, 1991 : 6). Ce comité est formé par la Fédération des CLSC du Québec à la suite du Colloque du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire (RQIIAC) tenu en 1990. Notons que, à la même époque, la réforme Côté est en cours et que la nouvelle politique de santé et bien-être vient d'être déposée. Les principes suivants, qui devront être adoptés par les CLSC, sont énoncés dans cette politique: l'engagement auprès des communautés et l'action sur les déterminants de la santé (identifiés comme étant le niveau de revenu et le statut social) ; les réseaux de soutien social ; l'éducation et l'alphabétisme ; l'emploi et les conditions de travail ; les environnements sociaux ; les environnements physiques ; les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle ; le développement de la petite enfance ; le patrimoine biologique et génétique ; les services de santé ; le sexe ; et la culture). Certains auteurs croient que ces affirmations ont eu pour conséquence de rendre légitimes les interventions d'action communautaire posées par les CLSC dans le champ des conditions de vie (Bourque, 1997). Rappelons que les interventions d'action communautaire en CLSC furent contestées dès 1975 par le rapport Champoux. Ce rapport recommandera au Ministère des Affaires sociales que les CLSC mettent l'accent sur la prestation de services individuels et curatifs et rappellera l'importance de favoriser la prise en charge des problèmes sociosanitaires par les citoyens (Bourque, 1989).

Le document de réflexion, rédigé par le comité Vigeoz et auquel participe le RQIIAC, identifie six types d'intervention propres à l'action communautaire en CLSC :

- l'identification des problématiques du milieu ;
- la sensibilisation et la conscientisation du milieu ;
- le support aux ressources existantes ;
- la création de nouvelles ressources ;
- la mobilisation et la concertation des ressources du milieu ;
- l'action politique. (Vigeoz, 1991 : 3)

Ces types d'intervention sont ceux repris dans le cadre de référence du RQIIAC publié en 2003. Un seul ajout est fait à cette liste, il s'agit du support à l'émergence de nouvelles stratégies d'intervention qui, selon le Regroupement, est une tâche distincte à la création de nouvelles ressources. (Lachapelle, 2003 : 43)

1.1.2 Ressources du milieu

Dans cette énumération de tâches, nous comprenons que les organisateurs communautaires interviennent auprès des ressources du milieu. La recherche du ROCQ (Doré et Larose, 1979) s'est intéressée aux ressources avec lesquelles les organisateurs communautaires étaient en contact. Huit catégories de groupes cibles ont été proposées aux répondants : groupe de pression, coopérative, groupe socioculturel, comité ou conseil consultatif, groupe de service, syndicat, groupe ou parti politique et comité de liaison. Les réponses obtenues ont validé l'hypothèse des chercheurs : les dossiers des organisateurs communautaires sont dispersés dans une multitude de groupes disparates.

Dans une autre recherche portant sur les pratiques d'organisation et de travail communautaire en CLSC, il est indiqué que les organismes avec lesquels les organisateurs communautaires collaborent sont majoritairement issus du secteur communautaire. Les organisateurs communautaires seraient dans une plus faible proportion en contact avec les organismes du

secteur public et dans une infime proportion (2.3%) avec ceux du secteur privé. De façon plus précise, les organisateurs communautaires sont en lien avec des groupes de services et d'entraide, des organismes de promotion et de développement et des groupes de défense de droits sociaux. (Hurtubise, Beauchamp, Favreau et Fournier, 1989: 31)

Puisque les organisateurs communautaires travaillent principalement auprès des groupes communautaires, il nous semble important de définir ces derniers. La politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire relève les caractéristiques suivantes :

- avoir un statut d'organisme à but non lucratif ;
- démontrer un enracinement dans la communauté ;
- entretenir une vie associative et démocratique ;
- être libre de déterminer leur mission, leurs orientations, ainsi que leurs approches et leurs pratiques. (Gouvernement du Québec, 2001 : 21)

D'autres éléments sont également présentés dans la politique comme étant ceux déterminant l'action communautaire autonome. Ces caractéristiques ont pour « souci de distinguer leurs pratiques de celles des services publics. [...] le mouvement formé par les organismes d'action communautaire autonome est un mouvement issu de la société civile, c'est-à-dire :

- à l'initiative des citoyens ou des communautés ;
- avec leur participation (fonctionnement démocratique);
- avec leur engagement (militantisme, bénévolat);
- dans une perspective de prise en charge individuelle et collective visant la solidarité sociale, la transformation des conditions de vie et des rapports sociaux et luttant contre la pauvreté et les discriminations ainsi que pour l'égalité des sexes ;
- dans le champ de la promotion et de la défense collective des droits ou dans le champ du développement de services alternatifs ou encore dans le champ du développement de nouvelles réponses à de nouveaux besoins (innovation) » (Gouvernement du Québec, 2001 : 21)

Une décennie plus tôt, Parazelli avait identifié que les groupes communautaires poursuivaient les objectifs suivant : « [...] la prise en charge des citoyennes et citoyens par eux-mêmes, la socialisation (volontaire) des rapports humains entre les citoyens et leur communauté, l'action sur les causes des problèmes sociaux et de santé. » (1990 : 180). Cet article, écrit au moment où la réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux se met en

place, veut illustrer l'impact que celle-ci aura sur les groupes communautaires. Les objectifs du Ministère de la Santé et des Services sociaux s'inscrivent, toujours selon cet auteur, dans une approche commerciale du social qui semble privilégier le pouvoir techno médical. Ainsi, seule l'efficacité serait poursuivie et la mesure de celle-ci reposerait sur la diminution du nombre de problèmes de santé et de problèmes sociaux. L'écart entre les approches des deux milieux est frappant.

En fait, les chercheurs du ROCQ parlent d'une « contradiction structurelle » qui ne permettrait pas l'unification des stratégies d'intervention entre les intervenants du milieu communautaire et ceux du milieu institutionnel, ceux-ci étant placés dans des positions antagonistes. Les intervenants rattachés aux structures de l'État auraient une stratégie d'intégration sociale, tandis que ceux des organismes communautaires se positionneraient contre l'État et adopteraient une stratégie basée sur les intérêts des bases sociales. Selon ces chercheurs, ces « contradictions observées rendent impossible le développement d'une stratégie unitaire. » (Doré et Larose, 1979 : 95)

L'analyse d'Hurtubise (1994) complète cette lecture de la situation. Celui-ci définit les traits éthiques des groupes communautaires à partir des valeurs d'autonomie, de démocratie, de justice, de respect de la dignité humaine et de solidarité. Par la suite, il émet l'opinion selon laquelle l'ordre de priorité de l'intervention communautaire en milieu institutionnel est différent. Des éléments tels que la rationalisation des services, les intérêts politiques (tant des élus que des employés) ou les décisions ministérielles font en sorte que la marge de manoeuvre des intervenants de CLSC est ténue. Le type de CLSC dans lequel un organisateur communautaire travaille peut également influencer la marge de manoeuvre de ce dernier.

1.1.3 Typologie des CLSC

Les types de CLSC auxquels nous venons de faire allusion ont été définis dans la recherche de Favreau et Hurtubise (1993). La typologie proposée par ces derniers comprend trois

catégories : les CLSC dont l'axe principal serait socio-institutionnel, les CLSC sociocommunautaires et ceux qui adopteraient une position mitoyenne, nommée mixte.

1.1.3.1 Type socio-institutionnel

Selon ces auteurs, les interventions communautaires réalisées dans le type socio-institutionnel respectent les orientations ministérielles. Les interventions de prévention seraient en retrait, tandis que les services médicaux et sociaux courants seraient davantage investis. La présence de la direction générale auprès de la communauté se fait lors d'occasions officielles. L'intervention de l'organisateur communautaire est orientée par les programmes-cadres plutôt que par les projets locaux.

1.1.3.2 Type sociocommunautaire

Dans les CLSC de type sociocommunautaire, une grande marge de manœuvre serait accordée aux organisateurs communautaires. Des projets liant la direction générale et l'intervention communautaire seraient développés et l'approche communautaire serait mise de l'avant par l'ensemble des intervenants du CLSC. Ainsi, les projets provenant des groupes du milieu se retrouveraient à la base du travail de l'organisateur communautaire.

1.1.3.3 Type mixte

Quant aux CLSC ayant une approche mixte, ils « [...] se particularise[nt] par [leur] marge de manœuvre le plus souvent réduite à la gestion des programmes nationaux [...] ». (Favreau et Hurtubise, 1993 : 68) La présence de la direction générale dans la communauté est notée, mais ne génère pas de nouveaux projets communautaires. Une autre caractéristique concerne l'approche communautaire, celle-ci est marginale chez le personnel du CLSC.

Bien que les CLSC soient maintenant à l'intérieur des CSSS, ces différentes orientations administratives ont, sans contredit, influencé les interventions communautaires développées par les organisateurs communautaires.

1.1.4 Orientations des interventions

Ces types de CLSC ont sûrement influencé les différentes orientations d'intervention attribuées aux organisateurs communautaires. La recherche du ROCQ (1979) nous fournit un grand nombre d'informations sur cet aspect. Voici celles identifiées dans cette recherche : développement de services; coordination de groupes bénévoles; participation des usagers (CLSC et autres établissements publics); animation de groupes de pression orientés vers la défense de droits; éducation (syndicale); animation d'entreprises sociales, conscientisation et politisation. Nous retrouvons ici certains traits de la définition de tâche établie par le comité Vigeoz en plus d'autres éléments représentatifs du travail de l'organisateur communautaire comme l'animation, l'éducation, la coordination et la participation.

Dans une autre recherche réalisée par un groupe d'étudiants à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal, deux types d'orientations sont soulevés. Ainsi, la nature des interventions des organisateurs communautaires serait intégrative et, dans une moindre mesure, de l'ordre de la mobilisation (Lafrance et Lesemann, 1980). Ces deux orientations nous rappellent ce que Doré et Larose nomment la « contradiction structurelle » qui est présente chez les intervenants communautaires de différents milieux. Cela suppose que cette contradiction qui, au départ, oppose les intervenants du milieu communautaire plus proches d'une approche dite de mobilisation à ceux du milieu institutionnel, qui sont davantage associés à une approche dite intégrative se voit à présent à l'intérieur même du milieu institutionnel.

Quant à la recherche réalisée par Hurtubise, Beauchamp, Favreau et Fournier (1989), elle propose cinq modèles de pratiques d'organisation communautaire : animation de groupe; organisation de service; service et entreprise communautaire; participation, pression et politisation; ainsi que la possibilité pour les intervenants de faire un mélange de ces modèles dans leur pratique. Parmi ces modèles, deux ressortent principalement : l'organisation de services et les services et entreprises communautaires. Les auteurs de cette recherche notent le recul du modèle traditionnellement associé à l'organisation communautaire, soit celui de « pression, participation et politisation ». Les cinq modèles proposés dans cette recherche ont

été développés en partie à partir des modèles d'intervention de Jack Rothman. Nous aborderons maintenant plus en détail ce que cet auteur a proposé pour la première fois en 1970.

1.1.5 Typologie des stratégies

La typologie des stratégies en organisation communautaire que présente Rothman dans *Strategies of community intervention (*publié pour la cinquième fois en 1995) est enseignée dans les écoles de travail social du Québec. Nous comparerons la typologie de Rothman avec celle présentée par Jean-François Médard dans son livre *Communauté locale et organisation communautaire aux États-Unis* écrit en 1969. Ces deux auteurs proposent trois approches en organisation communautaire. Celles-ci sont nommées par Rothman : planning social, développement local et action sociale. Pour sa part, Médard les associe davantage à des techniques de planification, d'intégration sociale ou de contestation. Nous passerons en revue chacune de ces stratégies. Certains éléments mentionnés dans le cadre de référence du RQIIAC ainsi que dans l'ouvrage de Bourque et coll. (2007) viendront compléter les définitions que donnent Rothman et Médard. S'ajoutera à ces trois approches, une quatrième qui est proposée dans l'ouvrage mentionné précédemment des auteurs québécois Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette (2007). Il s'agit de l'approche sociocommunautaire.

1.1.5.1 Action sociale

L'action sociale aussi appelée la technique de contestation par Médard ou l'approche sociopolitique par Bourque est la stratégie rendue populaire par le sociologue et organisateur communautaire Saul Alinsky, personnage très célèbre aux États-Unis dans les années 1940. Ces principes d'intervention sont décrits dans les livres *Reveille for radicals* (1969) *et Rules for radicals* (1971). L'objectif principal de la stratégie de contestation est la réorganisation d'une communauté vivant plusieurs formes de discrimination. Les actions posées visent à redonner du pouvoir à la communauté en s'opposant aux institutions qui le possèdent. Rothman ajoute l'idée de redistribution du pouvoir et des ressources ainsi que la notion d'accessibilité aux lieux de prise de décisions. Cette stratégie est associée au militantisme,

aux droits civiques et à la justice sociale. Médard donne aussi à cette stratégie le nom de stratégie conflictuelle. D'autre part, dans le cadre de référence du RQIIAC, on énonce que le rôle de l'organisateur communautaire en action sociale en est un

> de support aux orientations et revendications identifiées par les personnes et les groupes eux-mêmes, en même temps que de relais et de conscientisation dans les milieux institutionnels susceptibles d'appuyer l'action des citoyennes et citoyens. (Lachapelle, 2003 : 42)

1.1.5.2 Développement local

Nous associons la stratégie de développement local à celle appelée par Médard la stratégie d'intégration ou consensuelle. Cette stratégie vise, tout comme la stratégie d'action sociale, à réorganiser une communauté. La différence entre ces deux stratégies se situerait sur le plan de l'aspect de la pauvreté économique. Cet aspect ne serait pas, pour Rothman, aussi présent dans la stratégie du développement local que dans la stratégie d'action sociale. Pour cet auteur, c'est davantage l'aspect de conflits locaux qui est placé au premier plan. L'objectif de cette stratégie est la résolution de conflits. Les interventions visent à développer un esprit de coopération et d'entraide. C'est pour cette raison que les notions de participation et de communication sont très présentes. Le processus de résolution de conflits mis en place par l'organisateur communautaire doit permettre des apprentissages et le développement de compétences chez chacun des participants. En fait, c'est de cette façon qu'il favorise l'intégration sociale.

Le rôle des organisateurs communautaires, selon le cadre de référence du RQIIAC, serait complémentaire à d'autres agents de développement présents dans le milieu et toucherait les volets organisationnels et sociaux : « priorisation et intégration des populations vulnérables dans les projets, identification des orientations générales et des valeurs, formation reliée à la vie associative et à l'exercice de la démocratie » (Lachapelle, 2003 : 42).

Soulignons par contre que le RQIIAC remet l'aspect de la pauvreté économique à l'avant-plan, car son cadre de référence énonce que l'organisation communautaire « s'adresse prioritairement aux populations désavantagées et dépourvues de ressources » (p.15).

D'ailleurs, Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette (2007) désignent cette approche sous le vocable socioéconomique.

1.1.5.3 Planning social

Enfin, la troisième stratégie, bien qu'elle porte le même nom, n'a pas la même signification pour chacun de nos auteurs. Il s'agit de la stratégie de planification pour Médard et de celle de planning social pour Rothman. Du côté de Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette, on parle plutôt de l'approche socio-institutionnelle.

Cette stratégie s'attaque aux problèmes sociaux. Ce qui caractérise celle-ci, selon Rothman, est son processus technique rationnel et objectif. Elle vise à atteindre des résultats précis en offrant des services destinés à résorber le problème social identifié au départ. Cette stratégie est associée au courant administratif. Pour Médard, la stratégie de planification est utilisée lorsqu'un consensus sur un programme donné est voulu. Elle y parvient en animant la collectivité, en suscitant la participation des citoyens et en établissant un dialogue entre citoyens et techniciens qui sont pour Médard des personnes qui représentent les institutions locales (les fonctionnaires de la ville, du réseau de la santé, etc.). Selon cet auteur, ce dialogue est cependant faussé dès le départ. En effet, les citoyens n'ont pas de réel pouvoir, car tout ce qu'on leur propose est de donner leur approbation à un programme ou à un projet déterminé à l'avance. Il s'agit d'une participation « domestiquée » (Médard, 1969 : 283). La différence entre les conceptions de Rothman et Médard se trouve surtout en regard de l'aspect de l'animation et de la participation des acteurs de la communauté. Nous venons de voir que dans la conception de Médard, les citoyens sont appelés à une participation « domestiquée ». Dans la vision de Rothman, cette participation n'est pas obligatoire, mais elle n'est pas pour autant exclue. Quant au RQIIAC, il est d'avis que la participation est un élément essentiel du planning social puisque le rôle de l'organisateur communautaire serait « axé sur l'animation du processus d'empowerment des citoyennes et citoyens » (Lachapelle, 2003 : 42).

Enfin, Rothman croit qu'un mélange de ces trois approches est souvent le plus susceptible d'atteindre les résultats souhaités.

1.1.5.4 L'approche sociocommunautaire

Bourque, Comeau, Favreau et Fréchette proposent une quatrième approche en organisation communautaire : l'approche sociocommunautaire. Celle-ci possèderait les caractéristiques suivantes:

> 1) la résolution de problèmes sociaux par la mise en réseau (de voisinage par exemple) et l'entraide développées au sein de groupes sociaux, de communautés qui vivent la vulnérabilité; 2) l'attention portée aux problèmes de marginalité ou d'exclusion; 3) la mise sur pied, au plan organisationnel, de réseaux d'entraide et de services de proximité; 4) le travail de tissage de liens sociaux entre personnes, familles et groupes d'un même milieu; 5) des structures de participation semi-informelles. (2007 : 16)

Dans cette première section, nous nous sommes attardées à décrire l'environnement dans lequel est plongé l'organisateur communautaire : sa définition de poste et de tâches, les ressources avec lesquelles ils travaillent, les types de CLSC dans lesquels ils évoluent, ainsi que les orientations et stratégies d'intervention qu'ils utilisent. La prochaine section présentera les contextes sociohistoriques dans lesquels cette profession s'est développée.

1.1.6 Évolution de l'organisation communautaire et du mouvement communautaire

Bourque (1997) suggère, dans sa recension d'écrits produite dans son article *Trajectoire de l'organisation communautaire professionnelle*, quatre grandes périodes dans l'histoire de l'organisation communautaire pratiquée en CLSC : l'animation sociale (années 1960), l'institutionnalisation (années 1970), la crise identitaire (années 1980) et la consolidation de la profession (années 1990). Nous présenterons dans les prochaines pages chacune de ces périodes. De plus, nous nous intéresserons également à la période actuelle.

Qui plus est, puisque le développement de la pratique de l'organisation communautaire croise le développement du mouvement communautaire au Québec, il nous a semblé pertinent d'inclure quelques éléments retraçant l'histoire de ce mouvement social.

1.1.6.1 L'animation sociale : période de démarrage (années 1960)

Au Québec, la pratique d'animation sociale fait ses premières armes au *Conseil des oeuvres de Montréal* selon l'approche d'action sociale. Le Conseil accueille les stagiaires des écoles de service social. Il n'est pas rare de retrouver ces derniers dans les premiers comités de citoyens qui participent à « l'instauration de l'État-providence, de services, d'équipements collectifs répondant aux besoins des laissés-es pour compte et des exclus-es de la modernisation de la société et de la Révolution tranquille. » (Lamoureux, 1994 : 45). Cette pratique sera également présente à la Compagnie des jeunes canadiens et dans l'Action sociale jeunesse. En 1963, le gouvernement du Québec initie un projet d'animation sociale d'envergure avec la création du Bureau d'aménagement de l'est du Québec (BAEQ) où plusieurs jeunes animateurs travailleront.

1.1.6.2 Période de l'institutionnalisation (années 1970)

En 1972 apparaissent les premiers Centres locaux de services communautaires (CLSC). Certains auteurs inscrivent ces nouvelles instances de santé en continuité avec les Unités sanitaires de comté. Ces unités ont existé de 1926 à 1968 et ont été mises en place par le Service provincial d'hygiène. Ces services sont composés

> d'un médecin hygiéniste donnant tout son temps à ce travail, de deux ou plusieurs infirmières visiteuses, d'un inspecteur sanitaire chargé de la police sanitaire et de l'éducation des officiers municipaux et d'un ou d'une secrétaire chargée(e) du travail de bureau situé au chef-lieu de comté. (Desrosiers, 1998 :15).

D'autres auteurs croient plutôt que les CLSC sont l'institutionnalisation d'initiatives citoyennes qui réclamaient une démocratisation de la santé et qui avaient, pour répondre à cette demande, créé des cliniques populaires.

> Elles ont été mises sur pied par des usagers et des intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux : des usagers qui remettaient en cause la consommation individuelle et passive des services de santé et qui tentaient de relier les problèmes de santé aux conditions de vie (chômage, faibles revenus, logements insalubres) ; des intervenants professionnels, travailleurs sociaux et médecins, qui remettaient en cause la médicalisation des problèmes sociaux et l'organisation du travail dans les hôpitaux et qui s'engagent au départ bénévolement à partager leur savoir et à recruter du personnel paramédical parmi les citoyens du quartier. (Lévesque et Vaillancourt, 1998 : 3)

Quoi qu'il en soit, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être, aussi appelée la commission Castonguay-Nepveu, dépose un rapport en 1970 qui transformera le réseau de la santé en faisant adopter l'assurance-maladie et en proposant la mise sur pied des CLSC, des Centres de services sociaux (CSS) et des Départements de santé communautaire (DSC).

C'est cette commission qui reconnaît « comme forme efficace d'intervention en service social » l'organisation communautaire (Hurtubise, 1994 : 52), facilitant ainsi l'arrivée de ces professionnels dans les CLSC. Formés à l'école de l'animation sociale sur le modèle d'action sociale, ils provoqueront certains heurts chez les élites locales. Lamoureux nous rappelle que dans le mouvement populaire de l'époque « la première partie des années 70 voit une radicalisation politique des luttes avec comme thématique : « Le citoyen face au pouvoir ». » (1994 : 45).

À cet égard, Hurtubise se demande:

> Si la pertinence du modèle d'animation sociale ne peut être mise en cause (à moins de remettre en question les fondements de notre système politique), sa pratique dans le cadre d'un appareil paragouvernemental pose un ensemble de questions dont la plus importante est celle de la légitimité. (1994 : 52)

Les principales actions des organisateurs communautaires à cette époque consistent à favoriser la participation des citoyens à l'orientation des services qui se définit dans les CLSC et à les mobiliser pour l'amélioration de leurs conditions de vie. Cette pratique s'appuie sur des conceptions de l'action inspirées d'auteurs tels que Alinsky (négociation conflictuelle), Marx (lutte des classes) et Freire (conscientisation) (Bourque, 1997 : 61).

Concernant cette dernière influence, il est intéressant de noter que le Regroupement des organisateurs et organisatrices communautaires du Québec (ROCQ) est l'ancêtre du Collectif québécois de conscientisation. Les objectifs de l'approche de conscientisation proposent aux « opprimés de « sortir de la culture du silence » et de s'affirmer comme « sujet de l'histoire », pour reprendre les termes de l'éducateur brésilien Paulo Freire. » (Comeau, 1989 : 131). La notion d'éducation est également au coeur de cette approche. Freire introduit les concepts

d'éducation libératrice par opposition à l'éducation domesticatrice. Cette opposition ressemble à la « contradiction structurelle » dont Doré parlait et qui avait également été soulevée par la recherche de Lafrance et Lesemann, soit celle opposant une approche intégrative à une approche de mobilisation.

Le comité d'évaluation sur les CLSC formé en 1975 se frottera à cette contradiction. En effet, deux rapports seront déposés: un rapport majoritaire recommandera que les CLSC mettent l'accent sur la prestation de services individuels et curatifs, tandis que le rapport minoritaire défendra le maintien et le renforcement des services communautaires (Bourque, 1989). Pour donner suite à ces deux rapports, le ministère des Affaires sociales de l'époque proposera les orientations suivantes aux CLSC : prestation de services médicaux et sociaux de types curatifs, maintien à domicile, développement de programmes pour rejoindre des groupes à risque, action communautaire axée sur la formation de groupes d'entraide et la promotion du bénévolat. La nouvelle Fédération des CLSC refusera ces orientations. Le ministère des Affaires sociales et la Fédération des CLSC écriront conjointement un second document d'orientation intitulé *Rôles et fonctions des CLSC.* C'est dans ce document que l'approche communautaire sera introduite.

À la fin de cette décennie (1977), un premier moratoire sur le développement des CLSC, qui sera levé en 1981, est décrété.

1.1.6.3 Crise identitaire (années 1980)

Les années 1980 sont marquées par l'échec du référendum au Québec, ce qui provoque, selon Deslauriers et Bourget (1997), un vide politique et un retour des idées libérales. La crise économique des années 1980 fait apparaître de nouveaux problèmes sociaux : l'expulsion de travailleurs du marché du travail et la diminution de l'offre d'emploi pour les jeunes. Celle-ci rend leur insertion dans le milieu du travail très difficile. Tous ces bouleversements remettent en question l'État-providence. Certains se demandent si le Québec possède encore les moyens de s'offrir tous ces services (santé, éducation, aide sociale, etc.) et de le faire, en plus, efficacement. Tout en discutant de la pertinence de l'universalité, une prise de

conscience de la population sur les nombreux avantages sociaux acquis rapidement par la société québécoise fait surface (Linteau et coll., 1989 : 647).

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, les années 1980 sont synonymes de transferts de postes (des CSS et DCS vers les CLSC), d'un deuxième moratoire (1986-1989), de la commission Rochon (1987), du rapport Brunet (1987) et de la réforme Lavoie-Roux (1989).

Le rapport Brunet propose la standardisation des services offerts par les CLSC, il introduit l'aspect du dépistage précoce par une approche préventive et contraint l'organisation communautaire au support de réseaux d'entraide auprès de « clientèle à risques prioritaires » (Brunet, 1987 : 65 cité dans Bourque, 1997 : 62). La réforme Lavoie-Roux, du nom de la ministre de la Santé et des Services sociaux, vise à rendre les CLSC plus complémentaires aux autres établissements du réseau.

Pour le mouvement communautaire, la fin des années 1970 et la première moitié des années 1980 représentent une période où les initiatives se multiplient dans toutes les sphères de la vie : consommation, droit, santé, logement, aménagement urbain et développement régional, environnement, identité sexuelle, nationale, ethnique, etc. (Lamoureux, 1994 : 46). Ce développement prolifique du mouvement communautaire permet à celui-ci d'être plus présent sur la scène politique et de revendiquer plus d'État, ce qui va à contre-courant de la pensée dominante que nous avons exposée un peu plus tôt, tout en permettant une démocratisation des services et le développement d'un mouvement autonome et autocontrôlé.

1.1.6.4 La consolidation de la profession (années 1990)

La création en 1988 du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC (RQIIAC) ainsi que les documents de réflexion sur l'organisation communautaire produits en 1991 et en 1994 par la Fédération des CLSC avec la participation du RQIIAC marquent, selon Bourque, « le passage d'une position défensive de l'organisation communautaire à une position d'affirmation d'une identité redéfinie. » (1997: 62). Favreau et

Hurtubise (1993) notent une professionnalisation de l'intervention ainsi qu'une plus grande spécificité et spécialisation des intervenants par champs d'action (par exemple : maintien à domicile, santé mentale).

Sur le plan politique, une autre réforme, la réforme Côté, est implantée. La loi 120 sur les services de santé et les services sociaux est liée à cette réforme. C'est dans cette loi que les groupes communautaires seront, pour la première fois, officiellement reconnus. La création des Régies régionales de la santé et des services sociaux est également prévue dans cette loi. Les groupes communautaires pourront être élus sur les conseils d'administration de ces régies qui sont des organes politiques et administratifs qui s'inscrivent dans la volonté du gouvernement de régionaliser les services de l'État. À cet égard, Parazelli affirme que ce « [...] projet de régionalisation annonce l'institutionnalisation complète des organismes communautaires en décrétant le partenariat obligatoire entre organismes communautaires et établissements publics. » (1990 : 181)

À la même époque, Panet-Raymond (1991) analyse le discours tenu par l'État à l'égard des organismes communautaires. La Commission Rochon (1987) trace pour la première fois un portrait sommaire de la diversité du mouvement communautaire et reconnaît sa légitimité et ses compétences. Elle reconnaît également le besoin de l'État d'associer ce mouvement aux politiques gouvernementales, justifiant ainsi le financement public des groupes. Le rapport Harnois (1987) sur la santé mentale, publié quelques mois plus tard, invite les organismes communautaires à un « partenariat élargi ». Suivent les deux énoncés de politique de la ministre Lavoie-Roux en 1989 (*Politique de santé mentale ; Orientations. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec)* qui reconnaissent eux aussi les compétences et la complémentarité des groupes communautaires au réseau public et inscrivent en leur sein la notion de partenariat qui prône une participation des organismes à la planification de l'organisation des services. Les organismes communautaires réagissent à ces intentions en affirmant : « *Nous ne sommes pas du réseau public, mais nous voulons être reconnus-es formellement d'intérêt public comme partenaires autonomes et non comme réseau de services résiduels.* » (Lamoureux, 1994 : 66).

Les années 1990 mettent donc à l'avant-plan le partenariat et la concertation, deux éléments qui sont identifiés dans l'approche du développement local. D'ailleurs, Favreau et Hurtubise (1993) notent que c'est à cette époque que naissent les corporations de développement communautaire (CDC) et les corporations de développement économique communautaire (CDEC). Celles-ci veulent intervenir sur le plan économique : « les organisations communautaires peuvent démontrer que le secteur privé n'a ni le monopole ni le secret de la création d'emplois et d'entreprises » (1993 : 38). La volonté de ces corporations est « de se donner une cohésion et une force politique intersectorielle locale et régionale » (1993 : 39). Cet intérêt du milieu communautaire pour le développement économique peut s'expliquer par cette phrase de Favreau et Hurtubise qui illustre un changement de paradigme : « l'exclusion prend davantage de place que l'exploitation » (1993 : 29). En effet, à partir des années 1990 la croissance économique n'est plus synonyme de création d'emplois (Deslauriers et Sévigny, 1998 : 318) et la préoccupation première de plusieurs citoyens est d'intégrer le marché du travail duquel une part grandissante de la population est exclue. Dit autrement, la préoccupation du mouvement communautaire se déplace du concept de l'exploitation, d'essence économique, qui fait référence à l'exercice d'une contrainte de la part de ceux qui possèdent la richesse, le savoir et le pouvoir sur ceux dont ils tirent le profit, vers le concept d'exclusion, d'essence plus sociologique, qui évoque une mise à l'écart, une cassure du lien social et qui commande davantage un discours sur le retissage des liens et la cohésion sociale.

1.1.6.5 Époque contemporaine : l'éclosion de la santé publique (années 2000)

Le réseau de la santé et des services sociaux continue à se modifier durant les dernières années. Le virage ambulatoire (1997), la commission Clair, la Loi sur la santé publique (2001), la création de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'arrivée des plans d'action national, régional et local en santé publique et la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), réalisée grâce aux fusions des établissements de santé (2004), sont les derniers bouleversements vécus par le réseau de la santé et des services sociaux.

La création de l'INSPQ en 1998 ne représente pas la naissance de la santé publique au Québec. Ce qui se regroupe sous l'appellation « santé publique », c'est-à-dire « l'ensemble

des interventions visant la prévention des maladies et la promotion de la santé par des mesures de type collectif, public ou privé » (Desrosiers et coll., 1998 :1) naît au début du XX^{e} siècle aux États-Unis sous le concept d'unité de santé publique. Au Québec, à cette époque, on retrouve des bureaux municipaux de santé qui deviendront en 1926 des unités sanitaires de comté (*ibid.*.). Ces unités relèveront du Service provincial d'hygiène et seront au départ, en partie, subventionnées par la Fondation Rockefeller. Elles seront sous l'autorité de la Direction du service provincial d'hygiène qui fixera les politiques et les procédures, laissant ainsi très peu de marge de manoeuvre aux médecins hygiénistes qui doivent organiser l'emploi du temps du personnel (infirmière, inspecteur sanitaire, secrétaire et plus tard nutritionniste). Ces unités, qui seront en opération jusqu'en 1968, se spécialisent dans la prévention des maladies transmissibles (médecine préventive et assainissement). La Commission d'enquête Castonguay-Nepveu remettra en cause ce cantonnement et proposera l'intégration de ces unités aux nouveaux départements de santé communautaire en milieu hospitalier. Quelques années plus tard, ces ressources humaines seront transférées dans les nouveaux CLSC et les nouvelles directions de santé publique.

En 2004, une autre réforme voit le jour avec l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Les régies régionales se transforment alors en agences qui ont pour mandat d'implanter sur leur territoire un ou plusieurs réseaux locaux. Ces derniers seront formés d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS), résultat de la fusion de CLSC, de centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et de centres hospitaliers (CH), qui auront pour mandat de coordonner les services offerts par les médecins, les pharmaciens, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et certaines ressources privées. Cette coordination pourra se faire à partir d'ententes de services entre le CSSS et les divers partenaires. Selon Claude Larivière (2005), directeur des programmes d'études supérieures en administration sociale à l'Université de Montréal, cette approche est territoriale et populationnelle. Elle vise quatre grands objectifs :

1. améliorer (et non pas seulement maintenir) la santé et le bien-être de la population d'un territoire local ;
2. assurer l'accès à des services intégrés (en structurant des réseaux par problématiques) ;

3. partager collectivement (entre le CSSS et ses partenaires) une responsabilité envers cette population ;
4. créer un palier local de gestion (sous la gouverne de l'établissement CSSS) dispensateur de services et centre de coordination du réseau local de services.

Les principes qui encadrent cette réforme sont clairement énoncés dans le *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (MSSSa, 2004), il s'agit de la hiérarchisation des services et de la responsabilité populationnelle. Pour que ces principes puissent être suivis, Larivière relève dans ce cadre de référence une proposition d'uniformisation des pratiques par leur standardisation. Celle-ci serait rendue possible grâce à l'établissement de normes élaborées à partir des meilleures pratiques selon le consensus d'experts. Cette orientation est critiquée par cet auteur qui la juge biaisée et aveugle :

> Biaisé[e] et aveugle parce que développée dans un univers déterminé, dépendant du financement disponible pour la recherche, essentiellement consacrée aux problèmes de santé coûteux ou rentables pour l'industrie pharmaceutique [...] Ces pratiques reposent sur un étalon de mesure idéalisé, fondamentalement néo-libéral, inspiré par les expériences américaines où le tiers payeur à but lucratif cherche à minimiser les coûts en « gérant la maladie » et où l'État cherche à réduire les services. (2005 :16)

Comme nous venons de le voir, cette réforme introduit des changements majeurs dans le rôle des établissements publics de première ligne envers leur milieu. La coordination des services par entente transforme, entre autres, les rapports qui étaient de l'ordre du soutien et de la concertation entre le milieu communautaire et les CLSC en des rapports de nature hiérarchique (Bourque, 2004 :3). En lien avec ces changements, notons l'arrivée en 2001 de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire : *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Cette politique distingue trois principaux modes de financement :

- le financement en appui à la mission globale des organismes communautaires autonomes ;
- le financement d'ententes pour des services complémentaires à ceux du réseau public ;
- le financement d'activités particulières et de projets ponctuels ou de courte durée.

Cette politique reconnaît le rôle des organismes communautaires dans le développement social et économique du Québec. Pour les membres fondateurs du Comité Aviseur de l'action

communautaire autonome, cette politique est le résultat de près de 30 ans de revendications de la part du mouvement communautaire (Guay et coll., 2003). Elle a pour but la reconnaissance de la spécificité de l'action communautaire autonome, le respect de son autonomie et l'obtention d'un financement, en appui à la mission des organismes, qui soit adéquat et récurrent.

Enfin, notons que les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ne pourront être constitués sans ces ententes de service.

La réforme actuelle vient également modifier la notion de territoire. Celle-ci est liée à l'intervention communautaire qui se définit à partir d'une communauté territoriale. Cette notion fait partie des principes de l'organisation communautaire énoncés dans le cadre de référence du RQIIAC (2003). Doucet et Favreau définissent la notion de communauté locale comme étant

> [...] le partage d'un même territoire conçu non seulement comme espace physique, mais aussi comme organisation sociale d'un milieu d'appartenance où des réseaux se sont constitués. (1991 : 238)

Les territoires couverts par les CSSS ne correspondent pas toujours à un espace physique connu par les citoyens, les frontières de ces CSSS n'étant pas les mêmes que celles d'un quartier ou d'une ville. La stratégie de développement des communautés du programme national de santé publique adoptée en 2003 (Bourque et Favreau, 2003 : 1) et à laquelle participent les CSSS devrait, par contre, prendre en compte la réalité territoriale.

Il est donc possible de dire que les approches utilisées dans les années 2000 s'inspirent de celles des années 1990 qui avaient pour fondement l'approche du développement local. Cependant, nous croyons que l'approche de planning social telle que définie par Rothman est également très présente. En effet, toujours selon Bourque et Favreau (2003), la réussite du développement des communautés repose sur la reconnaissance de trois types d'expertises : celle des organisatrices et organisateurs communautaires en CLSC dans le processus de développement des communautés, celle des directions et des professionnels de santé publique dans le contenu (connaissance de l'état de santé de la population à partir d'études,

connaissance de programmes et de modèles d'intervention) et celle des communautés dans la reconnaissance de la pertinence des projets de développement (connaissances des priorités de la communauté).

La pertinence de faire travailler ensemble ces trois sources d'expertises ne peut être contredite. Nous soulevons, cependant, la question du porteur de dossier. Qui décide ? Est-ce que ce sont les experts de la santé publique qui, à partir d'études et d'objectifs fixés sur le plan national, coordonnent l'action ? Si oui, nous sommes tentée de partager le point de vue de Médard énoncé il y a déjà 40 ans. Les approches développées dans les années 2000 sollicitent la participation des citoyens qui se retrouve, par le fait même, « domestiquée ».

Ce dernier point de vue est aussi exposé dans le texte de Bourque et Favreau. En fait, ces auteurs expliquent que les CLSC sont au coeur d'une dynamique complexe, soit celle d'une logique descendante et d'une logique ascendante. La logique descendante est celle associée aux politiques et aux programmes gouvernementaux qui peuvent découler de deux logiques :

> [...] soit celle d'expertise prescriptive qui s'appuie sur le pouvoir des experts de déterminer le contenu des programmes pour répondre aux besoins des communautés, et la logique d'empowerment qui renvoie à la mobilisation active des communautés pour agir sur les déterminants de la santé. Ces deux logiques sont particulièrement présentes dans le domaine de la santé publique. (2003 : 12)

De son côté, la logique ascendante est associée aux acteurs de la communauté et se divise elle aussi en deux logiques :

> la logique autonomiste qui est faite d'exigences d'autodétermination des pratiques, et la logique complémentariste qui renvoie à la demande d'institutionnalisation et d'intégration aux programmes issus de la logique descendante souvent pour des fins de survie financière. (2003 : 13)

Les CLSC se situent à la jonction de ces logiques multiples et ont à relever le défi de jouer efficacement leur rôle d'interface puisqu'ils sont imputables aux instances nationales et régionales tout comme aux acteurs locaux.

Tableau I : Logiques paradoxales

Logique descendante	
logique d'expertise prescriptive	logique d'empowerment
CLSC	
logique complémentariste	logique autonomiste
logique ascendante	

(tiré de Bourque et Favreau, 2003, p. 12)

Voilà ce qui termine ce portrait tracé à grands traits de l'évolution de l'organisation communautaire au Québec. En résumé, nous retenons que les années 1960 et 1970 ont été les années de l'animation sociale avec des approches basées sur l'éducation populaire (Freire) et la négociation conflictuelle (Alinsky). Pour leur part, les années 1980 et 1990 ont été davantage marquées par une approche de développement local qui plaça en avant-plan le partenariat et la concertation. Enfin, les années 2000 annoncent une recrudescence de l'approche de planning social intégrant, par contre, des concepts liés au développement local tels que la concertation et la participation citoyenne.

1.2 ANALYSE

L'état de la situation de l'organisation communautaire que nous venons de présenter nous permet de dégager quelques pistes d'analyse concernant l'évolution de cette profession.

Nous retenons que le développement de l'organisation communautaire en CLSC a été influencé par les éléments suivants :

- le contexte sociohistorique du territoire

L'histoire de chaque CLSC est différente. D'après nos lectures, nous croyons que certains émergent davantage de la volonté populaire de groupes de citoyens, tandis que d'autres sont plutôt l'initiative de fonctionnaires répondant à la volonté ministérielle de voir ces

établissements s'établir sur tout le territoire québécois. Nous posons l'hypothèse que ces origines peuvent avoir influencé le type de CLSC qui s'est développé dans chaque territoire (sociocommunautaire, socio-institutionelle ou mixte). Nous convenons également que l'influence de certains acteurs locaux peut avoir orienté le champ d'action de l'organisation communautaire.

- les politiques sociales

L'évolution de la profession que nous venons d'exposer illustre les différents courants de pensée présents au fil des ans. Bien que la notion de santé publique ait été présente au Québec depuis fort longtemps, l'adoption de nouvelles lois dans les dernières années semble orienter de façon plus marquée les pratiques sociales. Nous pensons que ces orientations influencent le développement de l'organisation communautaire.

- les organisateurs communautaires

Les trajectoires de vie des organisateurs communautaires ont certainement influencé le développement de cette profession. Nous savons que les premiers organisateurs communautaires en CLSC avaient des formations très diversifiées et étaient majoritairement des hommes. Ces caractéristiques ont sûrement teinté la pratique de l'organisation communautaire. Actuellement, la profession se féminise (Comeau et coll., 2007 :10) et la plupart des organisateurs communautaires ont une formation en travail social. Nous remarquons également que le bassin d'organisateurs communautaires au Québec semble être composé de deux générations : une première vague d'organisateurs communautaires qui compte plus de 25 ans d'expérience dans le domaine et une deuxième vague qui a été embauchée dans les années 1990.

Bref, le développement de l'organisation communautaire est, de façon succincte, influencé par les besoins que les différents groupes de la communauté ont identifiés et auxquels l'organisateur communautaire a été sensibilisé, les raisons pour lesquelles l'organisateur communautaire est devenu un intervenant social, le type de CLSC et les orientations de la direction de la santé publique. Un jeu de pouvoir est donc en place entre ces différents acteurs (organismes communautaires et autres du milieu, organisateurs communautaires,

gestionnaires du CLSC et agents de planification de la Direction de la santé publique (DSP)) pour déterminer les orientations que prendra l'organisation communautaire.

Nous posons l'hypothèse que le sentiment d'instrumentalisation de la pratique d'organisation communautaire, exprimé par certains organisateurs communautaires, découle d'une perte de pouvoir sur le choix des orientations données à leurs interventions. Nous soulevons ici trois éléments qui nous permettent de poser cette hypothèse.

Premièrement, l'arrivée de programmes de santé publique offrant déjà une analyse et une identification des besoins de la population appuyées sur les meilleures pratiques « biaisées et aveugles » (Larivière, 2005) donne une orientation en ce qui concerne les actions à mettre en place dans le territoire. De plus, ces programmes interpellent l'expertise des organisateurs communautaires par l'intégration de concepts connus de ces intervenants: développement social, développement des communautés, empowerment, etc. D'ailleurs, comme le mentionne Bourque (2003), les organisateurs communautaires sont sollicités dans ces programmes pour leur expertise de processus. Les stratégies d'intervention de ces intervenants sont reconnues pour être efficaces dans la mobilisation des communautés. Le choix de l'orientation de l'action semble donc échapper aux organisateurs communautaires.

Deuxièmement, la création des Centres de santé et de services sociaux met en place une nouvelle dynamique territoriale. La responsabilité populationnelle de ces Centres interpelle l'ensemble des partenaires locaux avec lesquels des ententes de services pourront être conclues. Ce changement majeur dans le rôle de ces établissements de santé et de services sociaux aura des répercussions sur les relations qu'entretenaient jusqu'à maintenant les organisateurs communautaires avec les acteurs locaux.

Finalement, la logique complémentariste exposée précédemment (Bourque, 2003) risque d'être mise de l'avant par un plus grand nombre de groupes puisque les ententes de services encouragent celle-ci. De plus, les programmes de santé publique font appel aux groupes communautaires pour développer de nouveaux services dans les communautés locales. Les groupes communautaires seront donc influencés financièrement, que ce soit par les ententes

de services avec les CSSS ou par les subventions accordées par les directions de la santé publique, pour adopter des analyses de besoins provenant de ces institutions et non de leurs membres. Les demandes acheminées aux organisateurs communautaires par les groupes communautaires risquent d'être teintées de ces analyses de besoins.

Nous comprenons que ce ne sont pas les stratégies d'interventions qui sont ici touchées, mais plutôt le sens de la pratique. Historiquement, nous avons pu constater que l'organisation communautaire oscillait entre deux pôles : l'intégration sociale et la mobilisation populaire. Nous posons l'hypothèse que les programmes de santé publique orientent la pratique de l'organisation communautaire vers un seul de ces pôles : l'intégration sociale. Lorsque les organisateurs communautaires parlent d'instrumentalisation font-ils référence à cette perte de choix?

La réforme à l'origine de la création des CSSS poursuit, quant à elle, l'objectif suivant : « améliorer l'état de santé et de bien-être de la population du Québec, tout en améliorant la performance du système de santé » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2004 : 6). La notion de performance qui se retrouve dans le discours des gestionnaires qui encadrent la profession des organisateurs communautaires influence-t-elle aussi cette crainte d'être instrumentalisé?

CHAPITRE II

CADRE DE RÉFÉRENCE ET MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, nous énoncerons la posture épistémologique que nous adopterons et qui influencera le déroulement de cette recherche. Nous définirons également les concepts qui sont au coeur de notre questionnement. Nos perspectives théoriques seront aussi présentées pour finalement exposer la méthodologie qui a été utilisée afin de réaliser ce projet de recherche.

2.1 Posture épistémologique

Notre posture épistémologique est constructiviste. Nous considérons, comme plusieurs auteurs, que la « connaissance émerge d'un processus humain continu de construction et de reconstruction » (Lévy, 1994 : 94). Un « sujet-objet-projet » incorporé émanerait de ce processus influencé par le contexte social, individuel, environnemental et culturel. Cette approche nous permettra d'établir une collaboration avec les participants à cette recherche afin que la connaissance que cette recherche produira soit une construction récursive et négociée.

D'autre part, nous sommes partisane, tout comme l'expose Gillet dans son livre intitulé *Animation et animateurs, Le sens de l'action* (1995), d'une articulation des concepts sujet/société. Nous optons ainsi pour une troisième voie qui met en relation et nuance deux théories : une première qui affirme la primauté du sujet et de sa liberté et une deuxième qui

suppose le caractère déterminant des contraintes sociales sur le sujet. En effet, Gillet affirme que « le postulat heuristique est dès lors posé par l'interaction des déterminants probables et des interventions possibles d'un acteur social donc sujet, lui-même orienté dans ses actions par la situation sociale qui détermine à son tour la nature, l'ampleur et la portée de l'interaction » (1995 : 57). Notre position pragmatique se retrouve à mi-chemin entre ces deux conceptions.

2.2 Concepts clés

Notre recherche porte sur le discours que les organisateurs communautaires en Centre de santé et de services sociaux tiennent sur les risques que leur pratique professionnelle soit instrumentalisée par les orientations actuelles des politiques sociales qui se traduisent, entre autres, par l'arrivée de différents programmes de santé publique.

Afin de comprendre comment ces programmes s'inscrivent dans la pratique des organisateurs communautaires, nous nous sommes intéressée au travail de Mintzberg intitulé *Structure et dynamique des organisations* (1982). Ce livre traite de « la manière dont les organisations s'y prennent pour formuler leur stratégie » (p.9). Cette lecture nous a permis de saisir comment l'ensemble des parties composant les nouveaux Centres de santé et de services sociaux pouvait théoriquement travailler ensemble à atteindre des objectifs communs.

Dans un premier temps, cet auteur s'attarde à définir les parties qui composent les organisations. Celles-ci sont au nombre de cinq :

> [...] on voit un sommet stratégique de petite taille relié par une puissante ligne hiérarchique à un centre opérationnel long et plat. Ces trois parties sont reliées les unes aux autres pour former une ligne (d'autorité) hiérarchique unique et continue. La technostructure et les fonctions logistiques figurent à droite et à gauche de la ligne d'autorité dont elles sont distinctes, séparées du centre opérationnel qu'elles n'influencent qu'indirectement. (p.36-37)

Les organisateurs communautaires font donc partie avec l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux du centre opérationnel, car celui-ci est « composé des membres

de l'organisation dont le travail est directement lié à la production des biens et des services» (p. 41). Mintzberg indique aussi que « le centre opérationnel étant la partie la plus protégée de l'organisation, c'est là que la standardisation est généralement la plus poussée [...] » (p.41). Cette standardisation peut toucher aux procédés de travail, aux résultats ou aux qualifications et c'est la technostructure qui s'en charge par l'entremise d'analystes du travail, d'analystes de planification et de contrôle ainsi que d'analystes du personnel.

Notre compréhension de cette structure nous amène à placer les professionnels de la santé publique dans la technostructure. Nous sommes parvenue à cette conclusion en nous appuyant sur la description de la mission que poursuit l'INSPQ:

- développer la connaissance et contribuer à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants;
- développer de nouvelles connaissances et approches en promotion, prévention et protection de la santé;
- favoriser le développement de la recherche et de l'innovation en santé publique;
- fournir des avis et des services d'assistance conseil;
- évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé de la population;
- rendre accessible l'expertise en santé publique par des activités de formation continue;
- assurer des services : de dépistage, de laboratoire, notamment en microbiologie et en toxicologie, de soutien au maintien de la qualité;
- favoriser l'échange et le transfert des connaissances ainsi que la collaboration internationale;
- contribuer à l'actualisation et au développement du Programme national de santé publique.

(http://www.inspq.qc.ca/institut/mission consulté en septembre 2007)

Ce dernier point concernant le programme national de santé publique s'inscrit bien dans ce que Mintzberg nomme les « systèmes de planification et de contrôle » qui font partie des « paramètres de conception de la structure organisationnelle ». Il existe deux systèmes de planification et de contrôle : un système de contrôle des performances et un système de planification des actions. Le premier s'intéresse aux conséquences des actions et sert à standardiser les produits, tandis que le deuxième intervient avant les faits et s'intéresse aux actions spécifiques. Cette dernière méthode est un moyen pour formaliser les comportements (p.148-149).

Rappelons ici que Larivière (2005) relève dans le *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (MSSSa, 2004) une proposition d'uniformisation des pratiques par leur standardisation. Celle-ci serait rendue possible grâce à l'établissement de normes élaborées à partir des meilleures pratiques selon le consensus d'experts.

Cette compréhension des liens qui unissent le centre opérationnel qui, toujours selon Mintzberg, cherche pour sa part à réduire au minimum l'influence de l'encadrement et des analystes sur leur travail et la technostructure qui, elle, pousse à la standardisation de l'organisation, nous apporte un éclairage nouveau sur le discours que tiennent les organisateurs communautaires à l'égard de la santé publique.

Cette relation que vient de décrire Mintzberg entre le centre opérationnel et la technostructure peut être perçue comme une relation de pouvoir. À cet égard, Crozier et Friedberg se penchent sur le concept du pouvoir dans leur livre intitulé *L'acteur et le système* (1977). Ces derniers décrivent le pouvoir comme étant une « relation d'échange donc de négociation » (p.66). Sur cette relation, ils écrivent également : « C'est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuni face à l'autre» (p.69). Pour être en mesure d'analyser cette relation, deux questions doivent être posées :

> Premièrement, quelles sont les ressources dont chaque partenaire dispose, c'est-à-dire quels sont les *atouts* qui, dans une situation donnée, lui permettent d'élargir sa marge de liberté? Deuxièmement, quels sont les critères qui définissent la *pertinence* de ces ressources et leur *caractère plus ou moins* mobilisable, c'est-à-dire quel est l'enjeu de la relation et quelles sont les contraintes structurelles dans lesquelles elle s'inscrit? (p.73-74)

Toujours selon Crozier et Friedberg, le pouvoir est intimement lié aux organisations. En effet, la poursuite d'objectifs collectifs par des acteurs sociaux et les contraintes qui y sont associées les placent dans une relation de pouvoir et de négociation.

Ainsi, nous en venons à la conclusion que, à l'origine de cette relation de pouvoir entre le centre opérationnel (les organisateurs communautaires) et la technostructure (les agents de planification de la santé publique), on retrouve des objectifs collectifs poursuivis par ces deux

types d'acteurs et plus globalement par l'ensemble des acteurs composant l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Les travaux de Corin, Bibeau, Martin et Laplante (1990) nous rappellent l'objectif collectif poursuivi par le réseau de la santé et des services sociaux. Ceux-ci ont été réalisés suite à l'annonce de la politique en matière de santé et de services sociaux. Le document *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientations* (1989) produit par le gouvernement du Québec énonce l'objectif suivant: l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Quatre facteurs déterminent, selon ce document, la santé et le bien-être : le système de services, l'environnement physique, économique et social, les habitudes de vie et la biologie (p.41). L'analyse que font ces auteurs de ce document soulève le problème suivant :

> Sur le plan théorique, le modèle proposé par les *Orientations* incorpore plus qu'une approche strictement épidémiologique, dans la mesure où il reconnaît l'importance des facteurs macroscopiques de contexte dans la production des problèmes de santé et l'interaction complexe entre plusieurs catégories de variables. Une telle grille de lecture est cependant très difficile à opérationnaliser et à utiliser concrètement pour mettre en place des principes d'action; devant les difficultés d'application du modèle complexe esquissé dans les documents, les auteurs se sont ultimement repliés sur le modèle épidémiologique auquel on se réfère explicitement lorsqu'il s'agit de parler d'analyse de besoins et d'organisation de services. Les documents nous placent donc en face d'un décalage entre un modèle théorique souhaitable et un modèle opérationnel applicable (p.42).

De façon plus précise, les auteurs mentionnent que la perspective épidémiologique met « principalement l'accent sur les habitudes de vie, les comportements individuels à problèmes et la constitution de groupes à risque auprès desquels il convient d'intervenir » (p.42).

Une autre façon de comprendre l'approche épidémiologique nous est présentée par Peretti-Watel. Ce dernier explique que l'objectif de l'approche épidémiologique

> ... n'est pas tant de démontrer des hypothèses que de permettre l'adoption de mesures préventives efficaces (Abenhaïm, 1999). Bref, l'épidémiologie vise à prévoir pour prévenir, donc agir, « et, à la limite, agir sans tout comprendre » (Dab et Bard, 1997, p.2). [...] Le déficit d'explication compréhensive dont souffre l'épidémiologie des conduites à risque (Emmons, 2000) rend plus improbable la réussite de la prévention : « agir sans comprendre » devient périlleux lorsque l'on se frotte à des êtres pensants. [...] Dans cette approche multifactorielle, l'individu reste l'unité d'analyse

> privilégiée, au centre de la toile des causes. Malgré le développement d'approches alternatives, comme les modèles écologiques multiniveaux, l'épidémiologie contemporaine reste ainsi dominée par la recherche de facteurs de risque individuels [...] Cette approche omet en effet de prendre en compte les facteurs environnementaux au sens large [...] Cette perspective considère l'individu comme un décideur autonome , auquel il incombe, une fois qu'il aura été convenablement informé et incité par les actions de prévention, de prendre en main son capital santé, de gérer les risques qui menacent son bien-être (Skolbekken, 1995).

Ainsi, à la base de la relation de pouvoir décrite précédemment entre le centre opérationnel et la technostructure, on retrouve l'objectif collectif d'améliorer la santé et le bien-être de la population ainsi que les contraintes associées aux moyens déployés pour atteindre cet objectif collectif. D'après les travaux de Corin, Bibeau, Martin et Laplante (1990) ainsi que de Peretti-Watel (2004), nous comprenons que les agents de planification de la santé publique développent des programmes qui ont une perspective souvent épidémiologique et où l'accent est mis sur les habitudes de vie, les comportements individuels à problème et la constitution de groupes à risque. Les organisateurs communautaires ont pour leur part développé différentes approches (développement local, planning social, action sociale et sociocommunautaire) qui sont davantage centrées sur le facteur de l'environnement physique, social et économique.

Finalement, nous identifions dans notre question de recherche un autre concept clé, celui de l'instrumentalisation. À cet égard, les conclusions de l'article de Kaminski et de ses collaborateurs (2001) nous semblent pertinentes pour notre projet de recherche. En effet, les auteurs de cet article, qui porte plus précisément sur l'instrumentalisation dans les pratiques pénales, identifient quatre dimensions à ce concept. Celles-ci sont : l'altération, la définalisation, la polarisation et la dénonciation. Les auteurs de l'article expliquent ces dimensions ainsi :

> La possibilité pour le chercheur de décréter une *altération* suppose qu'il puisse reconnaître la « vérité » originale d'une doctrine ou la valeur originale d'un bien; la *définalisation* suppose quant à elle que le chercheur puisse reconnaître les finalités substantielles légitimes, corrompues ou effacées par le processus d'instrumentalisation; la *polarisation* suppose que le processus examiné n'opère pas unilatéralement, sans tension ou sans constituer aussi une forme de réaction à un autre processus inversé tout autant problématique. (2001 :34)

> [...] L'instrumentalisation est un concept non pas seulement descriptif, mais dénonciateur d'une pratique ou d'un processus, implicitement jugé pour le détournement d'une norme qu'ils manifestent. (2001 : 35)

Ces conclusions ont pu être tirées à partir des objets soulevés par trois auteurs qui ont été étudiés par l'équipe de recherche dont fait partie Kaminski. Le premier auteur qui nous est présenté est Zylberberg (1996). Celui-ci a fait sa recherche sur l'échange sexuel dans deux mouvements religieux. L'objet du processus d'instrumentalisation qui se retrouve dans cette étude est la doctrine. Celle-ci se retrouve altérée pour asservir les femmes de la communauté. Chez le deuxième auteur, Freitag (1996), le processus d'instrumentalisation étudié porte sur un « *objet valorisé* (éducation, politique, éthique) mais transformé en matière première d'un projet sans fin » (2001 :35). L'objet valorisé se retrouve ainsi définalisé. Pour terminer, Abel (1995) soulève l'instrumentalisation du corps par la biologie. Celui-ci se retrouve « destitué de sa juste place par le projet scientifique » (*ibid.*.). L'instrumentalisation du corps s'inscrirait donc dans un pôle qui aurait pour pendant l'adoration.

Ces quatre dimensions nous permettront de préciser le discours sur l'instrumentalisation tenu par certains organisateurs communautaires.

2.3 Position sur l'organisation communautaire

Étant organisatrice communautaire, notre position sur l'organisation communautaire s'appuie sur le cadre de référence adopté par le RQIIAC. Cependant, le contexte dans lequel évolue l'organisation communautaire en CSSS et les éléments mis en lumière par Crozier, Friedberg et Mintzberg nous font douter de la possibilité de mettre de l'avant l'ensemble des pratiques décrites dans celui-ci. Nous osons croire que le projet de recherche que nous proposons nous permettra de comprendre davantage ce qui est ou ce qui risque d'être *altéré, définalisé, polarisé* ou *dénoncé*. Cette compréhension nouvelle devrait ultimement nous aider à développer des stratégies d'action pour contourner ces processus d'instrumentalisation, si ces derniers existent.

2.4 Perspective théorique

Nous croyons que l'étude du discours des organisateurs communautaires sur cette crainte d'être instrumentalisé est une recherche sur le sens à donner à leur pratique sociale. Cette recherche n'est pas étrangère à la primauté de la rationalité instrumentale de nos sociétés contemporaines qu'aborde Renaud dans son article intitulé *L'intervention : de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet*. Cette primauté serait

> à l'origine de la dissolution de l'idée classique de société (i.e. d'une totalité idéelle transcendantale conférant sens et signification à l'agir) et de la réduction de celle-ci à un réseau de systèmes opérationnels orientés de manière pragmatique vers l'efficacité (le règne du marché en est la manifestation la plus explicite). (1997 : 140)

C'est donc cette primauté de la rationalité instrumentale qui aurait provoqué une crise de sens et de signification pour l'acteur ainsi réduit à « n'être qu'un rouage d'un système plus vaste qui lui impose ses contraintes. Le sens n'est plus donné que par le caractère pragmatique d'une action définie à partir des seuls critères de son efficacité immédiate » (Renaud, 1997 : 141). Toujours selon cet auteur, pour atteindre l'objectif du travail social défini comme étant l'amélioration du vivre individuel et collectif, c'est vers le travail du sujet qu'il faut tendre : « celui-ci semble se révéler dans l'action collective qui refuse et résiste à la détérioration de l'existence humaine par l'impérialisme de la raison instrumentale. » (p.154) La tension à laquelle l'acteur (dans le cas qui nous concerne l'organisateur communautaire) doit se soumettre est celle allant de l'objectivation à la subjectivation.

2.5 Méthodologie

Notre recherche est de nature qualitative et exploratoire. Mayer et ses collaborateurs affirment que « la principale caractéristique de l'approche qualitative est de privilégier le point de vue des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales. » (2000 : 159) C'est ce que ce projet tente de faire en privilégiant le discours que tiennent les organisateurs communautaires sur leur pratique. Le qualificatif exploratoire que nous apposons à notre recherche signifie qu'elle ne cherche pas à vérifier une hypothèse précise mais bien, comme

nous l'avons déjà énoncé dans nos objectifs, à identifier les éléments qui sont à la source de cette possible instrumentalisation de la pratique des organisateurs communautaires ainsi que les facteurs qui permettent à cette pratique de maintenir une marge de manoeuvre où le discours du cadre de référence du RQIIAC peut s'appliquer pleinement.

Notre projet de recherche tente, avec l'aide du récit de pratiques en situation, de saisir des événements dans lesquels les organisateurs communautaires ont pu se sentir instrumentalisés ou ont su éviter d'être instrumentalisés. Bertaux définit ainsi cette méthode:

> Cette primauté donnée à la dimension sociale m'a conduit à développer une conception spécifique, le récit de vie comme *récit de pratiques en situation*. La démarche ethnosociologique vise à la compréhension d'un objet social « en profondeur »; si elle a recours aux récits de vie, ce n'est pas pour comprendre telle ou telle personne en profondeur, mais pour extraire des expériences de ceux qui ont vécu une partie de leur vie au sein de cet objet social des informations et des descriptions qui, une fois analysées et assemblées, aident à en comprendre le fonctionnement et les dynamiques internes. (2005 : 48)

Nous avons donc réalisé des entrevues semi-structurées auprès d'une dizaine d'organisateurs communautaires. Le guide d'entrevue, présenté à l'annexe 1, se caractérise par l'introduction, de la part de l'intervieweur, de différents thèmes déterminés à l'avance qui viennent encadrer le contenu de l'entrevue (Mayer et coll., 2000 : 119). Tout au long du processus de recherche, nous prendrons en compte certains éléments d'information recueillis au cours de nos rencontres afin de pouvoir les approfondir lors des entrevues subséquentes. Bertaux signale que « c'est une fois la représentation stabilisée que l'on peut considérer l'analyse terminée » (1980 : 212 cité dans Mayer et coll., 2000 :185).

L'analyse stratégique telle que développée par Crozier et Friedberg et expliquée dans le livre *L'acteur et le système* (1977) nous a également orientée dans le choix des données à recueillir. Ceux-ci affirment que

> Ce n'est qu'en reconstruisant *de l'intérieur* la logique propre des situations telle que perçue et vécue par les acteurs eux-mêmes qu'il [le chercheur] pourra découvrir les *données implicites* par rapport auxquelles seules leurs conduites, [...] prennent sens et signification (p.456).

Notre attention a donc été portée sur : les activités des acteurs, leurs contraintes et les difficultés qui en découlent; les relations les uns avec les autres, leurs importances, les conflits et les solutions qui sont généralement apportées; l'évaluation qu'ils font de leurs activités, de leurs situations, de leurs relations, les sujets de satisfaction et d'insatisfaction, leurs espoirs et leurs déceptions; finalement, partant de là, sur la façon dont ils voient leurs possibilités d'actions et celles des autres (p.473).

2.6 Échantillon et traitement de données

Les participants à la recherche sont des organisateurs communautaires intéressés par l'objet de cette recherche. Notre échantillon est donc un échantillon de volontaires. Nous associerons à cette technique l'échantillon par quotas : « Cela permet de varier les caractéristiques des personnes interrogées afin de se rapprocher davantage de la population qui constitue la base de l'échantillon » (Mayer et coll., 2000 : 85). Nous considérons que les caractéristiques suivantes sont importantes pour notre recherche : le sexe des répondants, l'ancienneté, le nombre d'années de pratique (qui peut différer des années d'ancienneté) ainsi que le lieu de pratique (en région ou en milieu urbain). C'est donc à partir de l'échantillon de volontaires que nous composerons notre échantillon final qui comprendra les attributs différenciés en regard des caractéristiques énoncées plus haut. Nous avons recruté les participantes et participants à la recherche à l'aide d'une annonce lancée sur la liste courriel du RQIIAC. Neuf organisatrices et organisateurs communautaires ont répondu à l'appel. Des contacts par courriel et par téléphone nous ont permis de réaliser huit entrevues durant l'hiver 2007, une personne s'étant désistée. La majorité des participants n'étaient pas connus de l'investigatrice. Puisque celle-ci est organisatrice communautaire et qu'elle participe aux rencontres d'organisateurs communautaires, cette dernière est consciente qu'une distance propre au processus de recherche devait être prise. De plus, la confidentialité des participants a été respectée : une attention particulière a permis de masquer l'ensemble des éléments pouvant permettre l'identification d'un participant. Finalement, tous les répondants ont accepté de signer un formulaire de consentement éclairé.

Chaque entrevue a été enregistrée et transcrite intégralement. Le contenu des huit entrevues réalisées nous a semblé apporter suffisamment de données pour répondre de façon satisfaisante à notre question de recherche. L'analyse thématique a été produite à l'aide du logiciel *N-Vivo* qui permet de classer par thèmes les passages d'entrevues jugés pertinents. Nous avons ainsi établi une trentaine d'unités de sens qui regroupaient l'essentiel des éléments abordés par les organisatrices et organisateurs communautaires rencontrés.

Le choix méthodologique que nous avons fait d'utiliser le récit de pratiques d'organisatrices et d'organisateurs communautaires qui interviennent dans les programmes de santé publique comporte le défaut de sa qualité soit de n'avoir que leur seul point de vue et peut être jugé par certains comme biaisé. Par contre, lorsqu'on considère que notre intention était de comprendre le point de vue de ces praticiens, nous croyons que cet objectif a été atteint. De plus, la diversité des positions à l'égard des programmes de santé publique représentées par les participants nous a permis de mettre à jour nombre de nuances quant à la perception que ces intervenants sociaux pouvaient avoir face à ces programmes.

CHAPITRE III

PRÉSENTATION DES DONNÉES

Nous vous exposerons, dans ce chapitre, les données recueillies auprès des participants à la recherche. Dans un premier temps, nous vous présenterons les organisateurs communautaires ainsi que le contexte d'intervention dans lequel ils travaillent. Par la suite, vous retrouverez la description des programmes de santé publique dans lesquels les organisateurs communautaires rencontrés travaillent. Finalement, ce chapitre se terminera avec l'explication que les intervenants nous ont donnée sur le déploiement de ces programmes dans leur milieu respectif.

3.1 Organisateurs communautaires interviewés et contexte d'intervention

Nous vous présentons dans cette section les caractéristiques des organisateurs communautaires rencontrés et de leur milieu de pratique, les différents rattachements administratifs qui dénotent les multiples modèles de structures organisationnelles dans lesquels ces intervenants oeuvrent et, finalement, les types de relations qu'entretiennent les organisateurs communautaires avec les professionnels de la santé publique.

3.1.1 Caractéristiques des organisateurs communautaires rencontrés et milieux de pratique

Dans le cadre de notre recherche, quatre femmes et quatre hommes ont été interviewés. Il nous a été possible de nous déplacer pour aller rencontrer quatre de ces organisateurs communautaires dans leur milieu. Pour les quatre autres, nous avons effectué des entrevues téléphoniques. Celles-ci ont duré en moyenne une heure. Deux des participants rencontrés ont entre cinq et dix ans d'expérience en organisation communautaire, deux autres ont entre quinze et vingt ans d'expérience et quatre ont plus de vingt ans d'expérience. Parmi ceux-ci, cinq organisateurs communautaires ont toujours travaillé pour le même établissement. De plus, les personnes interviewées proviennent de six régions du Québec. Certains sont en milieu urbain (2), d'autres en milieu rural (3) et d'autres encore ont à couvrir les deux réalités (2). Un seul décrit son milieu comme étant périurbain. Enfin, nous avons noté que six des personnes rencontrées ont fait leurs études en travail social et trois d'entre elles possèdent une maîtrise ou un diplôme de deuxième cycle. Seulement un organisateur communautaire se dit peu en lien avec le RQIIAC.

3.1.2 Rattachement administratif

Concernant le rattachement administratif des organisateurs communautaires en CSSS, nous constatons que plusieurs modèles d'organisation sont présents dans le réseau de la santé et des services sociaux. Deux relèvent de la direction générale, un autre est sous la gouverne du responsable de la santé publique du Centre de santé et de services sociaux, tandis que les cinq autres ont pour supérieur immédiat le chef d'un des services clientèles (ex. Famille enfance) ou des services généraux.

3.1.3 Relations avec les professionnels de la santé publique

Pour ce qui est des relations entre les organisateurs communautaires et les professionnels de la santé publique, nous constatons deux tendances : une première qui se situe dans le registre de la collaboration et du partenariat : « je dirais égale à égale [...] c'est une collaboration, comme je te dis, que j'ai jamais eue, on travaille vraiment en équipe » (entrevue 4). La deuxième tendance met au centre de cette relation la notion de pouvoir telle que décrite par Friedberg et Crozier. Des termes tels que relation d'influence ou négociation sont utilisés par les organisateurs communautaires pour définir celle-ci. « Nous, en milieu rural, avec la direction de la santé publique qu'on a actuellement, on a une bonne capacité d'influence, je pense » (entrevue 8). Ces organisateurs communautaires identifient leur rôle, par rapport aux agents de la santé publique, à celui de conseil. « Je te dirais que j'ai une fonction-conseil par rapport à la santé publique, plus qu'une fonction d'instrument » (entrevue 8).

D'autre part, nous avons également relevé que le climat de travail entre ces deux catégories de professionnels est parfois défini comme étant tendu : « le lien avec l'Agence a toujours été un petit peu tendu » (entrevue 1). Il nous a aussi été dit que : « la santé publique ne sait pas trop quoi faire avec les organisateurs communautaires dans ce programme là » (entrevue 5).

Voilà rapidement, les différents éléments retenus pour décrire les participants à la recherche et leurs contextes d'intervention.

3.2 Descriptions des programmes de santé publique

Lors des entrevues, les organisateurs communautaires étaient invités à choisir un programme de santé publique dans lequel ils intervenaient en ce moment. Quatre programmes ont été abordés : les services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (les SIPPE); les programmes entourant la jeunesse (puisque les noms de ces programmes identifient les régions, nous préserverons l'anonymat des personnes interviewées en identifiant ces programmes par le terme générique de programme de

prévention et de promotion de la santé des jeunes), le programme 0-5-30 et le programme de prévention des abus et de la violence auprès des aînés. Il est intéressant de noter que l'ensemble de ces programmes s'inscrit dans deux des axes d'intervention du programme national de santé publique 2003-2012. Ces axes sont : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale et les habitudes de vie et les maladies chroniques. De plus, plusieurs intervenants nous ont parlé de leurs liens avec l'équipe « Développement social, développement des communautés » de la santé publique.

On retrouve dans le programme national de santé publique les actions que chacun des axes d'intervention doit contenir. Dans l'axe intitulé *Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale*, trois des programmes dont nous ont parlé les intervenants rencontrés sont mentionnés :

> *Les services intégrés et le soutien des pratiques cliniques préventives en périnatalité et pour la petite enfance*
> Les interventions sont destinées à soutenir les futurs parents et les parents de jeunes enfants, en particulier ceux provenant de milieux socioéconomiquement défavorisés, dans les soins et l'éducation à prodiguer à leur enfant. (...)
>
> *Une intervention globale et concertée en milieu scolaire*
> Les mesures en milieu scolaire ciblent les enfants et adolescents âgés de 5 à 17 ans afin de les informer sur différents thèmes relatifs à leur santé et leur bien-être, de soutenir le développement de leurs habiletés personnelles et sociales, et de prévenir différents problèmes (violence, grossesse non désirée, etc.)
>
> *La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées*
> Enfin, d'autres mesures sont destinées à maintenir l'autonomie des personnes âgées, notamment en prévenant l'abus et la négligence ainsi que la consommation inappropriée de médicaments psychotropes. (MSSS, 2004b : 24)

Le quatrième programme, nommé communément le programme 0-5-30, est compris dans l'axe *Les habitudes de vie et les maladies chroniques*, et est décrit de cette façon :

> *La promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques incluant l'éducation à la santé, les pratiques cliniques préventives, la modification des environnements et l'application de politiques publiques favorables à la santé*
>
> Pour prévenir les principales maladies chroniques, le programme propose d'agir de façon intégrée sur trois habitudes de vie communes aux principales maladies chroniques : l'alimentation, l'activité physique et le non-usage du tabac. Sont prévues

> des activités visant à faire connaître à la population les saines habitudes de vie par des campagnes de communication ou par des pratiques cliniques préventives qui incluent le dépistage et la détection précoce. Des mesures visant à modifier les environnements de façon à favoriser l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie font également partie du programme. Enfin, l'adoption et l'application de lois, de règlements et de politiques publiques favorables à la santé constituent un autre type de mesures susceptibles de prévenir les principales maladies chroniques. (MSSS, 2004 :25)

Maintenant, nous présenterons la façon dont les organisateurs communautaires rencontrés ont défini ces programmes.

3.2.1 Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)

Selon une des participantes à la recherche, les documents du ministère qui présentent ce programme « parlent de concertation, de travail de milieu » (entrevue 5). Ces documents présentent

> le type d'intervention qui devrait être développé dans chacun des milieux. Sur le plan de la mobilisation, ça passe beaucoup par des concertations intersectorielles. L'organisateur communautaire est donc amené à mobiliser des ressources du milieu en vue d'améliorer les services en petite enfance qui sont développés sur le territoire. (entrevue 1)

En fait, le cadre de référence des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (MSSSc, 2004) décrit les responsabilités de l'organisateur communautaire dans ce programme de cette façon :

> [...] ses responsabilités l'amènent :
> - à mobiliser les différents acteurs du milieu concernés par la promotion et la prévention au regard des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans, des mères, des pères et des familles qui sont dans une situation les rendant vulnérables;
> - à soutenir et à animer les regroupements formés pour l'action intersectorielle locale, en prenant en considération les conditions nécessaires au succès de cette action [...] ;
> - à faciliter l'établissement de liens et la collaboration entre les différents organismes qui offrent des services et à assurer la liaison avec les promoteurs d'autres initiatives dans le milieu pouvant avoir une incidence sur les familles se

trouvant dans une situation qui les rend vulnérables, en particulier les mouvements qui visent à améliorer les conditions de vie de ces familles ;
- à participer aux rencontres d'échange et de formation et à différents comités de travail formés dans le cadre des activités régionales, ce qui favorise les liens entre les territoires et entre les niveaux local et régional. (p.43)

Les organisateurs communautaires rencontrés expliquent que ce programme s'adresse aux familles ayant des enfants entre zéro et cinq ans dont la mère n'a pas complété ses études secondaires. Le revenu familial doit également être sous le seuil de faible revenu. Ce programme s'adresse aussi aux jeunes mères de moins de 19 ans, sans égard aux critères précédents.

Certains territoires ont reçu un budget pour développer des environnements favorables avec les membres des Tables d'actions intersectorielles. Les projets, pour être financés par la santé publique, doivent « rejoindre les clientèles vulnérables, favoriser l'empowerment et s'adresser aux familles ciblées » (entrevue 1). Par contre, d'autres territoires ne semblent pas avoir de budget pour développer des projets en concertation : « Bien, ça serait le fun qu'il y ait de l'argent » (entrevue 5).

Une particularité de ce programme serait d'offrir des formations sur différents thèmes touchant l'intervention clinique à l'ensemble des partenaires des Tables d'actions intersectorielles (ex. formation sur le lien d'attachement mère-enfant).

Une des critiques formulées envers ce programme par une organisatrice communautaire concerne les critères auxquels les mères doivent répondre pour pouvoir en bénéficier :

> Il y a des gens qui ont des besoins, on répond à leur besoin, mais on n'a pas de sous pour ça, [...] ça fait qu'il y a des gens qui ont peu de services alors qu'ils en auraient besoin de beaucoup puis l'inverse, il y a des gens qui ont des gros services alors qu'ils n'en ont pas vraiment besoin. C'est parce que la santé publique est trop stricte, est trop catégorisée, c'est des programmes trop définis. (entrevue 6)

Ce programme comporte, comme cet extrait le laisse entendre, deux volets : un volet qui consiste à offrir des services d'accompagnement aux familles par un suivi clinique dispensé par l'équipe du CLSC (infirmière et intervenants psychosociaux) et un deuxième, dans lequel

sont impliqués les organisateurs communautaires interviewés, qui est le développement d'environnements favorables. Ce dernier volet rejoint l'esprit du développement local, une des stratégies d'intervention reconnue en organisation communautaire.

Mentionnons que ce programme, qui en est un de prévention précoce, a fait l'objet, avec d'autres, d'une critique de la part d'un groupe d'étude critique sur la prévention précoce composé de professeurs de l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal et de regroupements d'organismes familles et jeunesse. Ce groupe a mis en lumière les fondements théoriques de ces programmes de prévention précoce, les causes des problèmes identifiés ainsi que le pouvoir laissé aux parents et aux enfants dans le processus d'intervention (Parazelli et coll., 2003 : 83). Nous croyons important d'inclure, à ce moment, cette critique.

En ce qui a trait aux fondements théoriques, ce groupe a relevé que « le cadre conceptuel du programme repose sur ce que les promoteurs appellent « l'épidémiologie du développement », « le modèle écologique » [...] (*ibid.* : 88). L'objectif ultime étant de prévenir « l'apparition de comportements délinquants et violents chez les adolescents par une intervention précoce et intensive auprès des jeunes familles » (*ibid.* : 90). Cette volonté s'inscrit dans un courant nord-américain qui s'inspire de la sociobiologie et de l'écologie du développement. « Les fondements épistémologiques de ce courant théorique s'apparentent au positivisme » (*ibid.* : 92). Bien que les recherches traitant de ces programmes évoquent l'importance des facteurs macrosystémiques, ces derniers ne font pas partie des stratégies d'action. En effet, l'attention est portée sur les comportements individuels et sociaux. Les conséquences de cette intervention précoce sur les mères, selon ce groupe d'étude, sont de les désapproprier de leur « responsabilité parentale en réduisant la spécificité de la parentalité à une question de gestion de comportements malsains définis par les experts » (*ibid.* : 97). Quant aux enfants, cette approche aurait pour effet de

« stigmatiser l'enfant en le désignant à risque avant même qu'il manifeste les comportements appréhendés » (*ibid.* : 99).

Ce groupe d'étude met aussi en évidence la place des organismes communautaires dans ces programmes :

> les organismes ne sont utiles que s'ils offrent les contextes d'intervention s'harmonisant aux résultats de recherche. [...] Autrement dit, la mobilisation communautaire se trouve alors instrumentalisée pour la réalisation de programmes d'intervention conçus par les experts (Parazelli, 2003) (*ibid.* : 99 -100)

Finalement, ces programmes de prévention précoce auraient un impact sur les pratiques démocratiques :

> Viser la modification de comportements et l'adaptation des individus aux structures sociales sans leur implication pleine et entière tend à aliéner l'individu, à qui l'on demande par ailleurs d'être autonome. [...] La place de l'expert pourrait être repensée dans une perspective fondamentalement plus démocratique que l'autoritarisme (même chaleureux et bienveillant) des programmes de prévention précoce. (p.108-109)

Ce bref aperçu de la critique de ce groupe appuie la crainte qu'ont certains organisateurs communautaires, à l'origine de cette recherche, qui consiste à croire que leur pratique sociale est instrumentalisée par les programmes de santé publique.

3.2.2 Programmes de promotion et de prévention de la santé des jeunes

Un des organisateurs communautaires a donné sa version de l'historique de ces programmes de santé publique. Il a connu depuis le milieu des années 1990 cinq programmes différents. Le premier ciblait spécifiquement son territoire d'intervention, ce qui était nouveau. L'arrivée de ce programme permettait aux acteurs locaux d'obtenir une subvention pour le développement d'actions en promotion et prévention de la santé auprès des jeunes. Quelques

années plus tard, ce fut un autre programme qui apparut avec une démarche beaucoup plus exigeante pour les acteurs du milieu. Cette démarche devait comprendre : un état de la situation, une synthèse des services et ressources existantes sur le territoire en lien avec la clientèle jeunesse et un plan d'action intersectoriel. Pour cet organisateur communautaire, ces programmes sont :

> bien montés, bien articulés, appuyés sur des recherches, des données statistiques y compris sur des données de notre territoire. [Ces programmes] visent vraiment le mieux-être des petits et leurs familles en misant beaucoup sur la concertation du milieu principalement les grandes organisations, CLSC, Centre jeunesse, pour éviter que les enfants se trouvent entre deux chaises. (entrevue 2)

Un organisateur communautaire d'une autre région présente un de ces programmes comme étant un partenariat au profit des jeunes. Les priorités de ce programme ont été établies à partir de l'analyse produite par des agents de la santé publique, des intervenants d'organismes communautaires jeunesse, de CLSC et de la commission scolaire. Les documents qui accompagnent ce programme présentent aussi les contributions attendues de chaque acteur : « on définit grosso modo quel est normalement ce qui revient à chacun. [...] le cadre de l'action est défini » (entrevue 3).

3.2.3 Programme 0-5-30

Ce programme est, comme le précédent, un programme de promotion et de prévention de la santé. La personne interviewée décrit ce programme de cette façon :

> un programme qui intègre trois saines habitudes de vie. C'est-à-dire : 0, ça veut dire un environnement sans tabac, 0 consommation ; puis une consommation de fruits et légumes minimale de cinq ; et puis une activité physique par jour de 30 minutes [...] ça s'adresse aux 18 – 64 ans dans le but de prévenir, justement, les maladies chroniques associées à de mauvaises habitudes de vie [...] c'est un mode de vie qu'on prône qui est sain (...) (entrevue 4)

De nombreux documents ont été écrits pour aider au déploiement de ce programme. Ceux-ci expliquent les étapes à suivre : la sensibilisation, l'analyse des milieux, l'élaboration des plans d'action, la mise en place des plans d'action, l'évaluation dans un processus continu et

le suivi. Aux dires de cette intervenante, il y a : « beaucoup d'outils, (...) on a de la difficulté à tout assimiler les outils qu'on a. En tout cas, c'est pas ça qui manque. » (entrevue 4).

3.2.4 Programme de prévention des abus et de la violence auprès des aînés

L'organisateur communautaire a connu ce programme suite à un appel d'un des membres de la Table de concertation des personnes âgées. Celle-ci venait d'être approchée par les agents de la santé publique pour un projet de formation. Il s'agissait d'une nouveauté dans la région, des budgets avaient été reçus par l'Agence régionale de la santé et des services sociaux pour prévenir la violence et les abus auprès des aînés. Une intervention devait être développée en ce sens. Le programme faisait état de la problématique et des orientations, mais laissait une certaine marge de manoeuvre dans les moyens à mettre en place : « On nous demandait de réfléchir à ça, on n'avait pas de programme précis à appliquer » (entrevue 8).

3.2.5 Équipe en développement social, développement des communautés de la santé publique

Des organisateurs communautaires de deux régions ont souligné que les professionnels de la santé publique avec lesquels ils sont en lien font partie de l'équipe « développement social et développement des communautés ».

Dans l'une des régions, les CLSC ont reçu un budget de la santé publique en développement social et développement des communautés qui leur permettait de créer un poste à temps partiel d'organisateur communautaire. Ce développement en organisation communautaire devait servir à l'animation d'une table de concertation qui réunirait les acteurs familles du territoire couvert par le CLSC. Cette concertation recevait pour mandat la production d'une analyse de milieu, l'identification des priorités d'action, l'élaboration d'un plan d'action et la réalisation de projets en lien avec ce plan d'action.

Dans une autre région, l'équipe de la santé publique « développement des communautés » a contribué à la mise en place d'un chantier de développement social et d'un réseau des partenaires du développement social auquel ont été grandement associés les organisateurs communautaires de la région.

3.3 Déploiement des programmes

Étant donné que notre sujet de recherche porte sur le possible processus d'instrumentalisation de la pratique d'organisation communautaire, nous avons demandé aux interviewés de raconter leurs interventions dans le cadre d'un programme de santé publique. Ces récits de pratique ont permis de distinguer les éléments suivants : ceux qui se trouvent dans l'ensemble des programmes de santé publique et ceux propres à chacune des situations racontées. Les difficultés que peuvent rencontrer les organisateurs communautaires dans le déploiement de ces programmes seront aussi présentées tout comme les possibilités d'intervention jugées intéressantes offertes par ces programmes.

3.3.1 Éléments communs aux programmes de santé publique présentés

Dans la majorité des situations, un budget est associé au programme de santé publique pour permettre la mise en place de nouvelles activités ou de nouveaux services dans la communauté. L'organisation de ces nouvelles actions repose sur l'organisateur communautaire. C'est pourquoi il arrive fréquemment que le budget transige par le CSSS. Voilà donc le point de départ du déploiement d'un programme. Par la suite, deux options s'offrent aux CSSS. La première consiste à donner le mandat à l'un des organisateurs communautaires déjà en poste afin qu'il réalise le programme en question. La seconde est d'embaucher un nouvel organisateur communautaire pour le mettre en place. Le CSSS se trouve dans une position d'interface entre la direction de la santé publique, qui se situe au niveau régional, et les acteurs du milieu qui, eux, se trouvent au niveau local.

Nous avons relevé, lors des lectures des entrevues réalisées, les tâches qu'effectuent les organisateurs communautaires lorsqu'ils déploient dans leur milieu un programme de santé publique. Une des premières actions que pose l'organisateur communautaire après s'être approprié le programme et avoir identifié les opportunités que celui-ci peut offrir au milieu est de mobiliser les acteurs locaux de différents secteurs. Une rencontre est souvent orchestrée pour présenter le programme. Le risque à cette étape d'être perçu comme des « peddlers » ou des « vendeurs » est nommé par quelques-uns :

> ... on n'est pas engagé comme peddler, on est engagé comme o.c. (entrevue 3)

> Donc, mon rôle là-dedans, c'est à moitié vendeur parce que j'y crois, mais aussi c'est toujours au niveau de la concertation. (entrevue 2)

Le but, après avoir créé cette concertation intersectorielle, est de produire un plan d'action qui permettra de distribuer la subvention sur le territoire de façon équitable et concertée. Pour arriver à ce plan d'action, une analyse de besoins de la communauté est réalisée : groupe focus dans les différents organismes, sondage auprès de la population visée, etc. Parfois, des portraits de la situation sont aussi demandés par la santé publique, l'inventaire des ressources du milieu doit alors être produit.

Finalement, après avoir écrit le plan d'action et que les sommes d'argent sont distribuées, l'organisateur communautaire doit aussi faire la reddition de compte des projets subventionnés : collecte des rapports d'activités et des rapports financiers. Le tout est envoyé à la santé publique aux dates convenues.

Ceci résume donc de façon sommaire les différents éléments inhérents aux programmes de santé publique : le point de départ du déploiement d'un programme, soit l'octroi d'un nouveau budget lié à un programme précis et les tâches que doivent accomplir les organisateurs communautaires pour réaliser ce déploiement.

3.3.2 Éléments propres à certaines situations présentées

Nous identifierons dans cette section des éléments particuliers aux situations présentées. Bien qu'il s'agisse, selon nous, de situations occasionnelles, nous croyons qu'elles peuvent illustrer la complexité des situations devant lesquelles les organisateurs communautaires peuvent se trouver. Ces différents éléments vous seront présentés de façon succincte puisqu'il ne s'agit pas d'éléments se retrouvant au cœur du développement des programmes de santé publique.

Une des situations présentées dans le cadre des SIPPE (services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité) met en évidence la remise en question par les agents de la santé publique des choix d'action établis par les membres de la Table de concertation. L'organisatrice communautaire a réagi fortement aux commentaires des agents de la santé publique : « Vous [la santé publique] nous demandez de regarder les besoins puis vous venez nous dire que ce ne sont pas les bons besoins? » Après plusieurs questionnements et avoir longuement argumenté avec les agents de la santé publique, il semble que les membres de la Table aient eu gain de cause.

Toujours dans le cadre du programme SIPPE, mais dans une autre région, l'intervenante explique que l'intervention réalisée dans le cadre du volet développement d'environnements favorables a permis de créer des liens plus étroits entre l'équipe santé mentale et l'équipe enfance famille de son CSSS. Nous constatons que peu d'organisateurs communautaires ont mentionné que de nouveaux services ont été mis en place à l'intérieur du CSSS. Les exemples d'actions qui ont été développées dans ce volet se concentrent, selon ce qui a été rapporté, dans les organismes du milieu à l'exception du CSSS.

Cette fois-ci c'est dans le cadre du déploiement d'un des programmes entourant la jeunesse qu'une situation particulière est survenue. Il avait été convenu entre l'organisateur communautaire et sa supérieure que le programme en question serait présenté à la concertation jeunesse existante du territoire. Ce qui a été rapporté est unique dans les propos recueillis : cette instance a refusé de prendre le mandat de réaliser le programme. Les

membres de la Table auraient clairement mentionné à l'organisateur communautaire et à sa supérieure que le rôle de mandataire ne les intéressait pas. Par contre, ils acceptaient de participer à la démarche en ayant un regard critique sur celle-ci. Une autre instance a donc été mise en place et des efforts pour aller chercher de nouveaux acteurs, qui ne siégeaient pas à la concertation jeunesse existante, ont été faits.

Nous avons également relevé dans le déploiement du programme 0-5-30 une particularité. Il s'agit de la clientèle ciblée qui se trouve à être les employés du CSSS. En fait, cela signifie que le travail de l'organisatrice communautaire est centré sur le déploiement d'activités à l'intérieur des murs de l'établissement. Bien qu'il y ait d'autres comités 0-5-30 sur le territoire (au sein de la municipalité et dans une entreprise, par exemple), l'organisatrice communautaire estime qu'elle consacre quatre jours par semaine à ce programme. Elle reconnaît que ce programme n'en est pas un d'organisation communautaire pure, mais comme agente de changement, elle voit dans ce programme des opportunités d'empowerment collectif pour le milieu.

Dans cette autre région, l'empowerment de la communauté est encouragé par les agents de la santé publique puisque comme nous l'avons déjà mentionné, la demande pour le déploiement du programme « Abus et violence auprès des aînés » a été formulée directement aux membres de la Table de concertation des personnes âgées par un agent de la santé publique, et ce, sans que l'organisateur communautaire agisse à titre d'intermédiaire. Ce sont les membres de la table de concertation qui ont fait appel à l'organisateur communautaire après avoir reçu cette demande. Cette situation n'a pas été mentionnée dans le déploiement des autres programmes, les agents de la santé publique ayant pris l'habitude, semble-t-il, de transiger par les organisateurs communautaires pour ce type de demande.

Une stratégie d'action nous a aussi été rapportée lors d'un des récits de pratiques : les intervenants communautaires de différents CSSS d'une même région ont été en mesure de développer une position commune sur une situation précise. Cette cohésion a permis d'établir un rapport de force entre les organisateurs communautaires et les agents de santé publique.

Les organisateurs communautaires ont ainsi obtenu la marge de manoeuvre désirée dans la réalisation d'un des programmes.

Dans l'intervention racontée par une des organisatrices communautaires, c'est le point de départ de la demande qui a attiré notre attention : celle-ci ne vient pas de la santé publique. Elle est formulée par les organisateurs communautaires de la région aux agents de la santé publique. En effet, ce sont les organisateurs communautaires qui ont demandé à être formés sur le concept du développement social. C'est à partir de cette demande qu'un colloque sur le sujet a été organisé par les deux équipes : santé publique et organisation communautaire. Cet événement a permis de réunir les leaders locaux et les agents de développement des différents secteurs. Par la suite, un réseau d'intervenants en développement social a été mis sur pied.

Alors, malgré les tâches relativement communes (appropriation du programme, mobilisation des partenaires locaux, analyse de besoins, production d'un plan d'action intersectoriel, distribution de la subvention, reddition de compte) qu'exécutent les organisateurs communautaires à l'intérieur des programmes de santé publique, nous constatons qu'il arrive que des situations particulières viennent complexifier ou simplifier la mise en place de ces programmes sur un territoire donné.

3.3.3 Difficultés rencontrées lors du déploiement des programmes

Nous présenterons maintenant les principales difficultés rencontrées et identifiées par les organisateurs communautaires interviewés lors du déploiement des programmes qu'ils ont eu à mettre en place.

La structure liée aux différents programmes est souvent lourde et exigeante : table de concertation, comités, etc. Cela demande aux organismes communautaires, qui désirent bénéficier des subventions qui accompagnent normalement la venue de ces programmes, d'être très structurés. Pour un des organisateurs communautaires rencontrés, ces exigences favorisent les organismes déjà consolidés et reproduit le modèle économique du « au plus fort

la poche » (entrevue 2). Selon lui, les organismes qui possèdent davantage d'employés et qui ont atteint une stabilité financière sont plus aptes à participer aux instances de concertation.

> Y'a des gens qui voient venir, ceux qui sont plus gros, bien, ils voient venir plus longtemps d'avance, ils ont plus de ressources pour voir ce qui se passe, réfléchir, s'organiser. Quand tu as un ou deux intervenants poignés avec des activités qu'ils mènent à bout de bras, ça rentre aussi sur l'ordinateur, mais le temps de lire, de se l'approprier, ils ne peuvent pas toujours déléguer... (entrevue 2)

D'autre part, la réalité des groupes communautaires en région éloignée est de couvrir un territoire immense. La concertation de ces milieux demande beaucoup de temps à ces organismes. Concrètement, cela signifie que les services de ces organismes sont réduits ou parfois totalement arrêtés durant la journée où se déroule une table de concertation. Dans ces conditions, la concertation s'avère fragile.

> ... à cause des distances, ça demande beaucoup de temps. Une demi-journée de rencontre demande à tout le monde une journée où ils ne sont pas dans leur organisme. Donc, il faut vraiment maintenir l'intérêt. Ce n'est pas encore une contrainte, mais je me dis que si on n'est pas capable de maintenir l'intérêt on va les perdre à un moment donné parce que ça leur coûte beaucoup. Eux, ils ont beaucoup à investir pour participer à cette concertation-là. (entrevue 5)

En milieu urbain, bien que la réalité du territoire soit différente, le manque de personnel de certaines ressources communautaires ne facilite pas la participation de tous. Cette participation est cependant jugée essentielle par les organisateurs communautaires pour que l'analyse des besoins et le choix des solutions à mettre de l'avant soient réalisés collectivement.

Une autre difficulté rencontrée est l'écart entre les services développés et les besoins identifiés par les acteurs du milieu. La situation suivante est rapportée par trois des organisateurs communautaires rencontrés. L'argent des subventions arrive avec un cadre d'intervention bien défini, nous l'avons vu dans la description des programmes. Si les acteurs du milieu n'ont pas eu le temps d'analyser les opportunités de développement que ces programmes peuvent apporter à leur communauté et de négocier parfois quelques ajustements au niveau des critères de financement, un écart peut se creuser entre les besoins du milieu et les services mis en place. L'exemple suivant montre ce décalage. L'analyse de besoins avait été réalisée par les membres d'une concertation locale et avait permis d'identifier certaines

actions prioritaires. Les acteurs de cette table de concertation ont été surpris et choqués de constater que malgré leur démarche conforme aux exigences de la santé publique, les projets choisis ont été fortement remis en question. Les agents de la santé publique n'avaient pas prévu financer ce type d'actions : soutien au transport des familles vers les activités communautaires et projet de répit-gardiennage. Ces projets ont été finalement financés, mais sans la ténacité des membres de la table de concertation, un décalage entre les services développés avec l'argent du programme de la santé publique et les besoins identifiés par la population locale aurait pu se produire.

Les organisateurs communautaires mentionnent aussi que le rythme du déploiement des programmes pose souvent problème. Ce rythme correspond aux contraintes administratives liées aux années financières et ne tient pas compte de la réalité des organismes communautaires et des choix d'action du milieu.

> ...] ce qui m'emmerde, c'est d'être obligé de rentrer dans un cadre administratif qui ne me convient pas pour travailler. C'est comme si t'étais obligé de faire de la danse avec des bottes de construction. C'est pas des bottes de construction que ça me prend : c'est trop lourd, ça pas de souplesse, ça brise tout le plancher de toute façon. Ça marche pas! (entrevue 3)

Les échéanciers pour produire les démarches qui mènent à l'obtention des subventions sont perçus par certains organisateurs communautaires comme étant irrespectueux des milieux qui n'ont pas de ressources supplémentaires pour participer aux concertations et qui doivent durant cette démarche poursuivre la réalisation de leur mission première.

> On n'attend pas après les commandes de la santé publique pour agir. Ça fait déjà longtemps qu'on agit. On a déjà autre chose au feu et chacun de nous est un organisme avec une vie propre, avec des activités, puis avec une vie associative. Il faut faire ça aussi. On ne peut pas passer à côté de ça. Le restant ça s'ajoute sur le tas. (entrevue 2)

Enfin, les changements d'orientation des programmes et parfois même leur disparition peuvent s'avérer déstructurant pour un milieu. En effet, ces programmes constituaient parfois une source de financement salutaire pour un organisme, d'autres fois, ils servaient à mobiliser une communauté autour d'un enjeu reconnu.

> On fait un virage ! C'est très intéressant au demeurant ce programme. Ça a plein de bon sens, mais ça te demande encore d'évoluer là-dedans. Puis là, ça va faire des

> grincements de dents parce que ce programme ça précise encore plus l'intervention. Forcément, ça va éliminer des joueurs qui ont du financement actuellement. (entrevue 2)

3.3.4 Possibilités d'interventions qu'offrent les programmes de santé publique

Malgré ces difficultés, les organisateurs communautaires rencontrés ont aussi été en mesure d'identifier les possibilités d'interventions qu'offrent des programmes de santé publique à divers niveaux.

Par exemple, dans plusieurs situations, les programmes de santé publique ont permis un développement en organisation communautaire dans les Centres de santé et de services sociaux du Québec.

> Je suis arrivée dans le cadre des budgets « xyz » (nom du programme). [...] Moi, j'en vois d'autres qui sont arrivés avec le même budget que moi et qui se sont fait dire par leur patron : va aux rencontres de la santé publique, c'est là que tu vas vraiment entendre parler de ce que tu as à faire dans ton travail... (entrevue 7)

En effet, il semble que la mise en place de ces nouveaux programmes de santé publique par les CSSS force l'embauche d'organisateurs communautaires. On remarque ainsi que la dernière décennie a connu une vague de création de postes dans ce domaine qui n'avait pas été vue depuis la mise en place des derniers CLSC.

Du même souffle, les programmes que ces intervenants ont le mandat de déployer dans leur milieu offrent souvent des budgets permettant de mettre de l'avant des stratégies de développement local ou de planning social. Bien que ce levier financier soit accompagné de contraintes que nous avons déjà abordées, les participants à cette recherche sont unanimes : ces programmes permettent d'injecter dans les organismes du milieu des sommes d'argent qui favorisent le développement de nouveaux services destinés aux communautés locales à travers le Québec.

> [...] y'avait des budgets dans tous les territoires de CLSC. (entrevue 3)

> Le CLSC était fiduciaire, ce n'était pas notre argent, c'était de l'argent pour la communauté, pour les organismes communautaires. On était responsable du processus de distribution démocratique à partir des besoins du milieu [...] (entrevue 2)

Il a aussi été mentionné, à plusieurs reprises, que ces programmes peuvent s'adapter aux réalités du milieu dans lequel ils s'inscrivent. De plus, ils permettent d'interpeller d'autres acteurs que ceux oeuvrant dans le milieu communautaire.

> ...ça nous a amené à rencontrer d'autres acteurs qu'on voyait beaucoup moins dans le coin. Entre autres, je pense à la clinique pédopsychiatrique qui a participé à ça, certaines écoles ont embarqué là-dedans. Puis d'autres joueurs qu'on voyait moins. (entrevue 2)

Ces lieux de concertation qu'instaurent les nombreux programmes favorisent la création de liens entre différents acteurs provoquant du même coup de nouvelles analyses de besoins ainsi que des solutions que l'on peut imaginer mieux adaptées. Nous croyons que ce travail intersectoriel permet de sensibiliser des acteurs qui sont habituellement loin des préoccupations liées à la santé et au bien-être de la population. Cette sensibilisation favorise une mobilisation d'une plus grande partie de la communauté locale, ce qui devrait avoir pour impact le développement de solutions durables pour le milieu puisque les acteurs concernés par les enjeux abordés seront interpellés.

Finalement, plusieurs des intervenants rencontrés ont mentionné que ces programmes offrent la possibilité aux acteurs du milieu de recevoir des formations. Une des particularités de ces formations est de rassembler des intervenants provenant de différents milieux. Ainsi, cette offre de formation permet le développement des connaissances des intervenants, une compréhension commune du phénomène à l'étude et l'établissement de liens entre des individus de divers secteurs.

> [...] vivre une journée ensemble ou deux journées complètes ensemble autour d'un sujet qui les rejoint. Bien ça, ça fait des petits. [...] Ça des retombées durables, les gens se voient pendant une ou deux journées complètes, ils ne se connaissaient pas avant, ils se connaissent maintenant. (entrevue 3)

> [...] depuis qu'on a la Table de concertation, les formations qui sont offertes par la santé publique pour ce programme, on invite les organismes communautaires à y participer. Ça fait toute une différence. Les organismes l'apprécient beaucoup. (entrevue 5)

CHAPITRE IV

ANALYSE

Suite à cette présentation des propos recueillis, nous analyserons de façon plus poussée ces données. Cette analyse se divisera en trois parties. Dans un premier temps, une discussion entre les données empiriques tirées des entrevues réalisées et les aspects théoriques que l'on trouve dans notre cadre de référence sera réalisée. Par la suite, nous catégoriserons les intervenants communautaires en CSSS selon le type de mandat qu'ils ont par rapport aux programmes de santé publique. En effet, nous constatons que selon le type de mandat qu'ils ont reçu certaines dimensions du concept d'instrumentalisation sont davantage touchées. Finalement, nous terminerons cette analyse en répondant à nos questions de recherche.

4.1 Discussion entre les données recueillies et les concepts du cadre de référence

Nous établirons ici des liens entre les concepts clés de notre cadre de référence et les données empiriques recueillies auprès des participants de la recherche. Cet exercice devrait nous permettre d'apporter un éclairage nouveau sur les entrevues réalisées.

4.1.1 Objectifs du réseau de la santé et des services sociaux

Les récits de pratique que nous avons recueillis nous donnent des exemples de contributions que les organisateurs communautaires rencontrés ont apportées à l'atteinte de l'objectif poursuivi par l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, soit l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Dans la pratique de l'organisation communautaire, les stratégies utilisées pour parvenir à cet objectif sont l'action sociale, le développement local, le planning social et l'approche sociocommunautaire. Ces professionnels peuvent utiliser dans une même intervention plusieurs de ces stratégies. Ces dernières visent principalement à agir sur le déterminant de la santé qu'est l'environnement qu'il soit physique, économique ou social propre à la communauté visée par l'intervention.

Les programmes de santé publique poursuivent également l'objectif d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ils s'inscrivent dans la stratégie du planning social connue des organisateurs communautaires. En effet, ces programmes sont définis par des experts et proposent des services à une population donnée identifiée « à risque ». Corin, Bibeau, Martin et Laplante (1990) complètent cette expression « à risque » en indiquant qu'il s'agit du risque de comportement individuel à problème. Les programmes de santé publique, comme l'ont indiqué ces auteurs et le groupe d'étude critique, proposent des services, dans la majorité des cas, pour modifier, non pas l'environnement d'une communauté donnée, comme le ferait la pratique de l'organisation communautaire, mais bien les comportements individuels d'une population identifiée comme étant à risque. La cible pour atteindre l'objectif du réseau de la santé et des services sociaux est d'agir sur le déterminant de la santé que sont les habitudes de vie. Précisons, par contre, que les SIPPE est le seul programme étudié qui inclut un volet portant exclusivement sur le développement d'environnement favorable.

Nous croyons ainsi que l'identification de groupes à risque de comportements individuels à problèmes et le développement d'interventions pour modifier ces comportements que proposent les programmes de santé publique s'inscrivent en marge des stratégies utilisées par les organisateurs communautaires.

4.1.2 Relations structurelles

En plus de cette différence dans la façon d'atteindre l'objectif du réseau de la santé et des services sociaux, les travaux de Mintzberg (1982) sur les structures organisationnelles ont permis de comprendre dans quelle mesure les fonctions qu'occupent les organisateurs communautaires et les agents de planification de la santé publique pouvaient induire une relation conflictuelle.

Rappelons que la structure qui, selon nous, représente celle dans laquelle travaillent les organisateurs communautaires comporte cinq parties. Trois éléments sont reliés entre eux : un sommet stratégique où se trouvent les dirigeants, la ligne hiérarchique qui comprend les cadres intermédiaires et le centre opérationnel qui regroupe le personnel qui produit les biens et services. Les fonctions logistiques et la technostructure se situent de chaque côté de la ligne hiérarchique. Nous avons conclu que les agents de la santé publique se trouvent au sein dans cette dernière partie de la structure organisationnelle. Celle-ci regroupe des analystes qui s'attardent au travail et font de la planification et du contrôle en mettant en place des systèmes de contrôle des performances. Ces systèmes s'intéressent aux conséquences des actions et servent à standardiser des produits. D'autres analystes s'emploient à planifier les actions du personnel producteur de biens et services en intervenant avant les faits. Ces derniers portent leur attention sur les actions spécifiques des producteurs de biens et services et cherchent des moyens pour formaliser leurs comportements. La technostructure influence indirectement, comme nous venons de le montrer, le centre opérationnel par sa recherche de standardisation des procédés de travail, des résultats et des qualifications du personnel.

Notre compréhension de cette relation entre la technostructure et le centre opérationnel vient s'enrichir des commentaires recueillis chez les intervenants rencontrés. Nous constatons que dans certaines situations, la technostructure ne fait pas qu'influencer le centre opérationnel, mais tente de le contrôler par une planification poussée des actions. Voici ce qu'un des intervenants rencontrés a livré :

> Moi, c'est mon avis depuis plusieurs années. C'est exactement les termes que j'utilise : instrumentaliser ou techniciser. [...] On a un titre d'emploi, on a un statut de professionnel. Ce n'est pas pour se péter les bretelles. C'est parce qu'à quelque part

> y'a un jugement professionnel. À quelque part, y'a une liberté dans la façon de mener notre job qui fait partie de notre job. Puis avec l'arrivée de plus en plus courante des programmes, parce que ça devient pratiquement une pratique courante, on ne les voit plus maintenant tellement c'est la norme [d'avoir] des affaires toutes décidées d'en haut, des *best practices*, des affaires toutes ficelées. Moi, je suis d'avis que ça vient... On requiert à gauche à droite des intervenants communautaires, mais on leur dit ce qu'ils vont faire, puis on leur donne le cadre de travail. On leur dit quasiment : « tu vas aller voir telle personne puis tu vas y dire ça ». Moi, je dis ça suffit là ! Ça suffit ! Pour moi, c'est une façon d'instrumentaliser les professionnels, que ça soit nous, que ça soit d'autres. On n'est pas les seuls à être happés par cette vague-là. Mais moi, ça vient me chercher. (entrevue 3)

La compréhension de cette relation entre la technostructure et le centre opérationnel apporte un éclairage nouveau sur les raisons pour lesquelles des tensions peuvent exister entre les organisateurs communautaires et les agents de planification. Les premiers réagissent à la standardisation des pratiques d'organisation communautaire à laquelle contribuent les programmes de santé publique et par conséquent les agents de la santé publique.

4.1.3 Composantes de la relation structurelle sous étude

Cette relation structurelle comporte naturellement des échanges entre les acteurs en cause, soit les organisateurs communautaires et les agents de la santé publique. Crozier et Friedberg (1977) énoncent qu'une relation d'échange comprend nécessairement des négociations où un rapport de force est présent. Dans ce rapport, une des deux parties retirera davantage que l'autre, mais cette dernière n'est jamais totalement démunie. L'analyse de cette relation est basée sur les atouts dont chacune des parties dispose pour élargir sa marge de liberté face à l'autre, l'enjeu de la relation, ainsi que les contraintes structurelles dans lesquelles cette relation s'inscrit. Chacun de ces éléments sera maintenant analysé.

Selon notre analyse, nous croyons que les atouts des organisateurs communautaires se situent principalement dans leur connaissance du territoire et des acteurs ainsi que dans leur expertise de processus de développement des communautés (Bourque et Favreau, 2003). En effet, cette connaissance et cette expertise sont précieuses pour atteindre les objectifs des agents de planification qui consistent à mobiliser les acteurs du milieu afin que les

programmes de santé publique puissent se réaliser avec succès dans les différents territoires du Québec. Voilà une illustration de cet atout que possèdent les organisateurs communautaires :

> [...] c'est sûr que tout ce qui est violence auprès des jeunes, moi je sais que cet organisme-là est capable de digérer ce programme-là puis de voir comment il pourrait être habilité à le faire. Alors, je me dis, on se sert un peu des antennes qu'on a puis on teste avant un peu la capacité du programme de s'adapter aux réalités du milieu. On teste aussi le milieu dans sa capacité à recevoir le programme. (entrevue 8)

Quant aux agents de la santé publique, ils possèdent, selon nous, des atouts qui se situent dans les moyens financiers que les programmes peuvent offrir aux communautés locales. Bien que le développement des stratégies d'intervention en organisation communautaire ne nécessite pas de financement, l'injection de budget facilite et favorise la réalisation de nouveaux projets. Notons que les organismes communautaires, qui sont souvent les principaux acteurs sollicités pour la réalisation de ces projets, n'ont pas tous un financement leur permettant d'assumer un développement de services. L'ajout de moyens financiers rend possible ces développements. Qui plus est, les organisateurs communautaires ont comme rôle d'être des personnes-ressources auprès des groupes communautaires et que la recherche de financement fait souvent partie du soutien que ces intervenants peuvent offrir. Nous sommes maintenant en mesure de comprendre que le financement offert par les programmes de santé publique peut devenir très attrayant.

> [...] certains groupes se mobilisent forcément parce qu'il y a un gros « nanane », ce n'est pas péjoratif ce que je dis là. C'est sûr qu'eux-mêmes ont intérêt à suivre tout ça et à se situer dans la bonne mouvance, puis de voir évoluer les choses, de contribuer à l'évolution des choses parce que c'est pas des pions, ils ont droit au chapitre. (entrevue 2)

Nous comprenons donc que les enjeux sont différents pour les agents de la santé publique et les organisateurs communautaires. Les agents de la santé publique veulent réaliser avec succès la mise en place des programmes. Ces professionnels doivent trouver les moyens les plus efficaces pour atteindre les objectifs du programme. Naturellement, ces objectifs ne peuvent être atteints que si la population visée participe au programme. Il doit donc y avoir une mobilisation de la communauté autour de ces programmes. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'expertise en mobilisation des communautés est reconnue chez les

organisateurs communautaires. C'est dans cette optique que ces professionnels sont identifiés comme étant les mieux positionnés dans le réseau pour réaliser cette mobilisation. Nous comprenons qu'il est dans l'intérêt des agents de la santé publique que les organisateurs communautaires trouvent les programmes intéressants pour le milieu. Le déploiement du programme devrait alors, en principe, se faire plus facilement.

Pour les organisateurs communautaires, l'enjeu se situe davantage dans l'obtention des ressources financières disponibles pour répondre aux besoins de la communauté. Comme nous l'avons expliqué auparavant, l'organisateur communautaire a pour tâche de soutenir les ressources existantes. Comme le cadre de référence du RQIIAC le mentionne : « L'action communautaire autonome a besoin de support aussi bien pour consolider ses réalisations que pour en développer de nouvelles » (Lachapelle, 2003 : 44). Le financement recherché doit répondre aux besoins de consolidation des groupes existants ou permettre le développement de nouvelles initiatives : « [...] nous, on essaie de voir comment on peut consolider le travail, venir en appui en tout cas... » (entrevue 8). Ce financement doit aussi respecter le principe qui guide les actions de l'organisateur communautaire : les membres d'une communauté ont les capacités de définir, d'améliorer et de défendre leur bien-être. Le soutien que l'organisateur communautaire apporte aux acteurs du milieu s'appuie sur les forces, les talents et les habiletés qu'on retrouve dans celle-ci. Nous estimons que l'enjeu derrière l'obtention d'un financement, qu'il provienne de la santé publique ou d'ailleurs, est de ne pas pervertir ce principe.

Les structures organisationnelles des CSSS et des directions de la santé publique font parties des composantes de la relation structurelle sous étude. Dans plusieurs milieux, il semble que la direction de la santé publique soit partie intégrante de la technostructure où elle joue un rôle d'influence sur la ligne hiérarchique et le centre opérationnel. Par contre, nous avons aussi relevé que des responsables de la santé publique pouvaient se situer à l'intérieur de la structure du CSSS. Dans cette situation, la relation entre la santé publique et l'organisation communautaire serait hiérarchique et ne serait plus une simple relation d'influence. Dans tous les cas, il nous semble qu'une compréhension plus poussée de la nature de la relation entre la direction de la santé publique et le CSSS permettrait à tous les intervenants (agents de la

santé publique, organisateurs communautaires et supérieurs immédiats aux organisateurs communautaires) d'adopter un rôle mieux ajusté à leur situation. Notons par contre que cette compréhension nouvelle n'éliminera pas les conflits que peuvent rencontrer ces acteurs dans la réalisation de leurs tâches respectives qui relèvent davantage de la dynamique des rapports sociaux présente dans l'organisation.

4.1.4 Processus d'instrumentalisation

Maintenant que la relation entre les agents de la santé publique et les organisateurs communautaires a été éclairée, nous porterons notre attention sur les programmes développés par la santé publique et les éléments du processus d'instrumentalisation tels que présentés par Kaminski et son groupe de recherche. Rappelons ces éléments : l'altération, la définalisation, la polarisation et la dénonciation. L'analyse thématique des récits de pratique des organisateurs communautaires rencontrés permet d'identifier certaines de ces dimensions.

4.1.4.1 L'altération

Cette dimension est définie de cette façon : « La possibilité pour le chercheur de décréter une *altération* suppose qu'il puisse reconnaître la « vérité » originale d'une doctrine ou la valeur originale d'un bien » (Kaminski et coll., 2001: 34). Puisque notre recherche vise à savoir si la pratique de l'organisation communautaire est instrumentalisée ou non, nous identifions la définition de poste des organisateurs communautaires comme étant la valeur originale:

> 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. (Doré et Larose, 1979 : 77)

Les citations que nous avons choisies pour montrer cette dimension du processus d'instrumentalisation de la pratique des organisateurs communautaires ont pour objet le sens de cette pratique. En fait, nous croyons que le sens de cette pratique sociale est altéré lorsque les interventions de l'organisateur communautaire ne répondent pas aux besoins du milieu et ne font pas la promotion de son développement. Ces deux éléments, tels qu'énoncés dans la

définition de poste des organisateurs communautaires, sont, pour nous, les buts que poursuit cette pratique sociale.

Lorsqu'un des intervenants confie que dans son milieu : « On avait peu d'interventions qui se faisaient en cette matière » (entrevue 2) avant l'arrivée d'un programme de santé publique, nous émettons l'hypothèse que les acteurs du milieu n'avaient pas identifié ces actions comme prioritaires et que c'est pour cette raison qu'il y en avaient peu. Dans cette optique, nous croyons que le programme de santé publique a orienté le développement d'une pratique que le milieu n'avait pas encore ressenti le besoin d'explorer. Cela dit, cette pratique n'est peut-être pas inadéquate dans le quartier, mais le processus d'identification des besoins en ce sens a été bousculé par le programme de la santé publique qui arrivait avec des budgets pour un type d'intervention bien identifié. En ce sens, nous sommes plutôt en accord avec cette affirmation voulant que « [...] l'organisation communautaire ça doit englober la santé publique » (entrevue 8). La signification que nous donnons à cette affirmation est que la pratique de l'organisation communautaire ne sera pas altérée pour autant qu'elle ne se contentera pas d'agir sur les problèmes identifiés par la santé publique. Il s'agit ici d'une question d'équilibre entre le nombre de demandes provenant, d'un côté, de la communauté et de l'autre, de la santé publique.

Une autre *altération* que nous avons décelée dans les entrevues réalisées est exprimée dans cette citation :

> C'est un virage. Alors, c'est sûr que j'ai viré. Je n'ai pas résisté, dans le sens que je me suis dit : « je ne serai pas de la gang de la résistance », donc j'ai passé à un autre appel. J'ai dit : « ouin... je vais m'organiser pour faire quand même de l'organisation communautaire, je vais mettre tous ces comités-là en réseau ». Éventuellement, je ne serai plus à l'interne, je vais juste les supporter comme ressource externe, comme je fais à l'extérieur. (entrevue 4)

À notre avis, cette façon de voir les choses permet à des intervenants de trouver une zone de confort dans les mandats qu'on leur attribue et qui, comme cette intervenante le mentionne, ne font pas partie des mandats qui correspondent à la tâche d'un organisateur communautaire. Nous croyons que l'expertise de processus de développement des communautés que possèdent les organisateurs communautaires fait en sorte qu'ils trouvent des possibilités

d'action dans une multitude de situations qui leur sont présentées. Par contre, il nous semble que pour respecter la mission de l'organisation communautaire, les interventions de ces organisateurs communautaires en CSSS devraient permettre l'atteinte des deux buts identifiés dans la définition de ce poste : répondre aux besoins du milieu et promouvoir son développement. En ce sens, selon certains intervenants, l'organisation communautaire devrait permettre ce type d'intervention :

> Intervenons dans le milieu, intervenons sur les conditions de vie, intervenons sur le tissu social, arrêtons de gaver les gens avec des programmes [...]. Un programme, justement, c'est une gamme d'interventions qui peut aller dans bien des directions, mais qui a une cohésion. Je suis d'accord avec cette conception-là, mais faites-moi la démonstration que c'est ça que vous appliquez puis j'embarquerai. Tant que je verrai des programmes débarquer avec le petit catalogue, le petit kit, toutes les étapes *A B C D* en trois copies, je n'embarquerai pas. (entrevue 3)

> [...] ma philosophie à moi, c'est qu'on a beau faire de l'intervention individuelle, si on n'agit pas sur les facteurs de pauvreté ou si on n'agit pas dans la communauté, si on ne fait pas de changement social non plus, bien à un moment donné c'est limiter les interventions qu'on peut faire [...] (entrevue 5)

Ce que proposent les programmes de santé publique par la mise en place des concertations locales ne va pas à l'encontre de la volonté qu'expriment ces intervenants. Il est, par contre, intéressant de noter le sentiment de cet intervenant devant la concertation :

> On a créé, à travers notre présence, une espèce de dépendance qu'on a essayé d'assouplir le plus possible dans la façon dont on l'a gérée, mais n'en reste pas moins que le lien, je dirais, le pôle, le pont, c'est vraiment l'organisateur communautaire [...] (entrevue 1)

Ce commentaire nous amène vers la prochaine dimension du processus d'instrumentalisation, soit la définalisation.

4.1.4.2 La définalisation

La définalisation « suppose quant à elle que le chercheur puisse reconnaître les finalités substantielles légitimes, corrompues ou effacées par le processus d'instrumentalisation » (Kaminski et coll., 2001 : 34). Pour illustrer cette dimension du processus d'instrumentalisation, nous nous référerons dans un premier temps à l'exemple du mouvement communautaire. En effet, nous croyons que c'est pour éviter une définalisation

de leur mission que les groupes communautaires luttent depuis des années pour obtenir un financement de base suffisant pour réaliser leur mission. La politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire leur permet d'espérer que ce financement viendra. Celui-ci atteint, les activités développées par les groupes communautaires ne devraient pas être orientées par des programmes de santé publique. Pour l'instant, ce que les organisateurs communautaires nous rapportent ressemble à ceci :

> [...] quand ils [les programmes de la santé publique] débarquent, quand bien même c'est 30 000$, pour les besoins qu'il y a dans le milieu, c'est une poignée de change. Quand tu penses aux organismes qui vivotent ou qui survivent, je pense à tel organisme qui avait presque 10 ans d'existence à ce moment-là et qui n'avait même pas encore un financement SOC [*soutien aux organismes communautaires*] qui a de l'allure, le risque est grand que les gens se battent pour s'arracher une poignée de change et que ça aille au contraire, un effet destructeur. (entrevue 3)

En ce qui a trait à la pratique des organisateurs communautaires, une définalisation consisterait à détourner cette pratique des besoins du milieu et de sa promotion. En voici un exemple : une organisatrice communautaire a répondu à la demande de sa supérieure immédiate de produire un portrait de santé de la communauté dont elle avait besoin dans le cadre d'un comité qui porte sur une nouvelle entente entre le réseau de la santé et le milieu scolaire auquel elle participe. Elle commente cette situation de cette façon : « ...] tout ce temps que j'ai donné et bien je ne l'ai pas donné dans mon travail. Tu sais, j'ai des projets de travailler avec un HLM, [*toutes ces demandes ponctuelles*] ça remet ce projet-là plus loin. » (entrevue7). Dans cette situation, les demandes ponctuelles qui viennent tout autant de la santé publique que du CSSS occupent l'organisatrice communautaire à des fins autres que celles de répondre directement aux besoins de la communauté tels que définis et compris par l'organisatrice communautaire.

Un autre exemple de définalisation est le sentiment qu'éprouve un des organisateurs communautaires que les groupes qui participent à la concertation locale ont une dépendance vis-à-vis le rôle qu'il occupe. En effet, l'organisation communautaire « mise sur la capacité des collectivités à se prendre en charge [...] » (FCLSCQ, 1991 :12-13 cité dans Lachapelle, 2003 : 21). Si, au contraire, cette prise en charge est assumée par l'organisateur communautaire, nous pouvons croire, en effet, qu'il y a définalisation de cette pratique.

4.1.4.3 La polarisation

Rappelons que « la *polarisation* suppose que le processus examiné n'opère pas unilatéralement, sans tension ou sans constituer aussi une forme de réaction à un autre processus inversé tout autant problématique. » (Kaminski et coll. 2001 :34)

La lecture des différentes entrevues a permis de relever divers passages où il est intéressant de voir la polarisation que font les organisateurs communautaires : d'un côté, il y a la volonté des agents de la santé publique, et de l'autre, il y a celle des acteurs du milieu local. Cette polarisation renvoie encore aux logiques paradoxales : les logiques ascendante et descendante auxquelles sont confrontés les CSSS et, par ricochet, les organisateurs communautaires. Nous présenterons quelques passages représentant cet élément du processus d'instrumentalisation.

Dans ce premier extrait, l'organisateur communautaire explique ce qui distingue, selon lui, la pratique de l'organisation communautaire dans le cadre d'un programme de santé publique de celle exercée sans programme de santé publique.

> Bien, c'est beaucoup plus normé, je veux dire c'est quelque chose qui vient des fois avec un *package* en disant : voici les balises qui sont là-dessus, voici le programme, voici ce que tu as à rencontrer comme objectif. Alors que dans l'autre option c'est vraiment partir de la base, en fonction des besoins du milieu. (entrevue 1)

Le passage suivant met, quant à lui, en opposition les lieux d'identification des besoins de la communauté locale. Ces lieux sont représentés, d'un côté par les acteurs de la communauté et, de l'autre côté, par les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux :

> [...] parce que c'est le milieu qui va décider qu'est-ce qu'on fait, ce n'est pas à moi à décider, ni à la santé publique de décider c'est quoi les besoins de notre milieu. (entrevue 5)

Dans la prochaine citation, aucune position ferme pour l'un ou l'autre des acteurs (santé publique ou communauté locale) n'est exposée par l'intervenant. Par contre, les deux pôles sont présents et sont illustrés par les objectifs que poursuivent chacun de ces acteurs : « Y'a pas seulement les objectifs du programme, y'a les objectifs du milieu aussi qui doivent être regardés » (entrevue 8).

Dans le récit que nous fait cette intervenante, la tension qu'elle vit est représentée d'une tout autre façon :

> C'est juste que je me dis : « bien pendant ce temps-là, je ne suis pas à l'externe ». Puis, après ça, je me suis dit ; « bien ces comités-là, ou ce programme-là à l'interne, bien, c'est des citoyens pareils de l'externe », comprends-tu ? Moi, je le travaille justement au niveau du citoyen... (entrevue 4)

Rappelons qu'il s'agit ici du programme 0-5-30 et que dans cette région ce programme vise les employés du CSSS, l'organisatrice communautaire doit donc se résigner à cesser d'intervenir avec les acteurs locaux de son territoire. Encore ici, il s'agit d'une opposition entre la logique descendante et la logique ascendante. L'intervenante réussie à rétablir un équilibre entre ces deux logiques en voyant dans ces collègues le potentiel qu'ils ont d'être des citoyens actifs dans leur milieu.

Dans le prochain extrait, on trouve un nouvel élément : la concertation locale. L'intervenant place cette structure au centre du débat.

> [...] la Table ne doit pas être une courroie de transmission d'un programme de santé publique. La Table ne doit pas être un instrument entre les mains de la direction de la santé publique pour téléguider ses programmes. La Table doit être un instrument entre les mains des gens du milieu et les programmes de santé publique doivent être des outils à la disposition de la Table (entrevue 3)

Un revirement de la situation est ici proposé : faire en sorte que les programmes ne descendent pas vers le milieu, mais que les acteurs du milieu choisissent un programme comme un instrument leur permettant de développer leur communauté. Reprenons la logique descendante : un programme de la santé publique exige pour sa mise en place la création d'une table de concertation. Le revirement proposé fait appel à la logique ascendante : la Table de concertation qui existe, parce que les acteurs locaux l'ont souhaitée, décide d'utiliser un programme de santé publique, car celui-ci propose des actions qui répondent aux besoins identifiés.

En fait, le processus d'instrumentalisation que met en lumière la dimension de la polarisation est exprimé dans ce nouvel extrait :

> [...] est-ce qu'on n'est pas en train de dénaturer la fonction même d'organisation communautaire en faisant en sorte que les gens qu'on engage à ce titre là, de moins en moins vont tenir leur mandat du milieu et de plus en plus ils vont les tenir de l'appareil. (entrevue 3)

La crainte de l'intervenant formulée ici est que la logique descendante domine la logique ascendante.

L'ensemble de ces exemples expose le défi que représente le rôle d'interface que doivent relever les organisateurs communautaires : répondre aux demandes de la santé publique tout autant qu'aux demandes de la communauté. Un problème risque de se poser si, comme semblent le vivre certains organisateurs communautaires, les demandes provenant de la santé publique sont plus nombreuses que celles de la communauté, créant ainsi un déséquilibre entre ces demandes.

4.1.4.4 La dénonciation

Cette dernière dimension est expliquée ainsi par Kaminski et ses collaborateurs : « l'instrumentalisation est un concept non pas seulement descriptif, mais dénonciateur d'une pratique ou d'un processus, implicitement jugé pour le détournement d'une norme qu'ils manifestent » (2001 : 35) .

Ainsi, si nous faisons l'hypothèse que les programmes de santé publique instrumentalisent la pratique de l'organisation communautaire, cela signifierait que l'on retrouverait dans les programmes de santé publique une dénonciation de la pratique des organisateurs communautaires implicitement jugée pour le détournement d'une norme que cette pratique manifeste.

Nous avons vu que les programmes de santé publique proposent une analyse d'une problématique pour laquelle ils désirent une mobilisation des ressources du milieu. Cette façon de faire détourne une norme de l'organisation communautaire qui est de réaliser l'identification et l'analyse des besoins de la communauté avec les groupes concernés.

Nous avons aussi pu constater que les programmes de santé publique identifient une population à risque sur laquelle des interventions devraient être réalisées. Cette façon de procéder détourne une autre des normes de l'organisation communautaire qui est d'intervenir auprès d'une communauté locale. Nous considérons qu'une population à risque ne constitue pas de fait une communauté locale. Cette dernière, nous l'avons déjà mentionné, doit partager « un même territoire conçu non seulement comme espace physique, mais aussi comme organisation sociale d'un milieu d'appartenance où des réseaux se sont constitués » (Doucet et Favreau, 1991 : 238).

Finalement, nous avons maintes fois mentionné que la pratique de l'organisation communautaire déploie des interventions sur le déterminant de la santé qu'est l'environnement physique, social ou économique. Pour leur part, les programmes de santé publique s'emploient davantage à intervenir sur les habitudes de vie. Il s'agit, selon nous, d'un autre détournement de norme de l'organisation communautaire.

Nous terminerons la revue des différentes dimensions du concept d'instrumentalisation par cet extrait qui présente plusieurs des éléments dont nous venons de discuter :

> [...] moi, je n'ai jamais travaillé contre la santé publique. Je ne me sens pas en opposition. Je me sens à l'aise de travailler avec la santé publique pour autant que la santé publique n'impose pas trop ses vues au monde [*polarisation*]. Pour moi, pourvu qu'on ne fasse pas de l'endoctrinement. Si on fait du développement puis que les gens ça fait leur affaire ce qu'on leur propose et que ça correspond à un besoin du milieu [*le sens de la pratique n'est pas altéré puisqu'on répond au besoin du milieu]*, que les gens sont intéressés par la question, moi je suis à l'aise de travailler en santé publique. Le planning social, je n'ai rien contre, quand il est bien fait : quand il est fait avec les gens et non pas pour les gens [*polarisation milieu vs experts*]. (entrevue 6)

À la lumière de notre première partie d'analyse, nous retenons que la structure organisationnelle dans laquelle travaillent les organisateurs communautaires les place dans une position où des efforts sont déployés par la technostructure et donc par les agents de la santé publique pour standardiser les interventions du centre opérationnel dans lequel ils se trouvent. Ce lien qu'institue la structure organisationnelle influence la relation que ces deux types de professionnels entretiennent. Cette relation se compose d'un rapport de pouvoir dans lequel chacune des parties peut être placée en position de

force. Nous constatons que le rôle des organisateurs communautaires oblige ces derniers à être en interface entre les agents de la santé publique et les acteurs locaux. Il leur est, par conséquent, difficile de se soustraire à cette relation et à ces programmes. En fait, la complicité qu'ils ont développée avec les acteurs du milieu constitue leur plus grande force. Il n'y a que ces derniers qui peuvent décider de faire fi de ces programmes. Par contre, la situation des agents de la santé publique est aussi contraignante. Nous comprenons que ces professionnels ont le mandat du Ministère de la Santé et des ervices sociaux de déployer les programmes sur leur territoire. S'ils n'obtiennent pas la collaboration des organisateurs communautaires, il peut être difficile de réaliser leur mandat.

Nous retenons également que la stratégie présente dans les programmes de santé publique, qui consiste à identifier un groupe à risque de comportements individuels à problème pour ensuite développer des interventions adaptées à ce groupe dans le but de modifier ces comportements, s'inscrit en marge des stratégies habituellement utilisées en organisation communautaire.

Finalement, nous avons montré que les dimensions d'altération, de polarisation, de définalisation et de dénonciation présentes lors d'un processus d'instrumentalisation d'une pratique sociale font partie du discours des organisateurs communautaires.

Dans la prochaine section, nous poursuivrons cette réflexion autour de l'instrumentalisation ou non de la pratique des organisateurs communautaires en CSSS. Il s'agira alors de catégoriser les intervenants selon le type de mandat qu'ils doivent remplir par rapport aux programmes de santé publique. En effet, à la lecture des entrevues, nous avons pu identifier des risques d'instrumentalisation de la pratique d'organisation communautaire selon que les intervenants aient reçu un mandat principal en santé publique, que le mandat de réaliser un ou des programmes de santé publique s'inscrit dans un ensemble d'interventions ou encore que l'intervenant ait sollicité lui-même la santé publique pour obtenir un programme pour son milieu.

4.2 Trois catégories d'intervenants

À la lumière des entrevues réalisées, nous constatons que les programmes de santé publique s'inscrivent de trois façons dans l'organisation du travail des intervenants communautaires en CSSS. Pour certains, il s'agit de leur principale tâche, soit qu'ils ont été embauchés pour mettre en place un programme de santé publique ou qu'ils ont reçu un mandat clair de leur supérieur qui les engage à mettre la majeure partie de leur temps à réaliser celui-ci. Puisque leur tâche se résume à mettre en place un programme de santé publique, nous les nommerons : organisateur communautaire en santé publique. Pour d'autres organisateurs communautaires, ces programmes sont venus se greffer à leurs tâches régulières. Ces organisateurs communautaires sont mandataires des programmes de santé publique. Enfin, nous remarquons aussi que certains organisateurs communautaires ont su planifier l'arrivée de ces programmes dans leur milieu ou ont sollicité les professionnels de la santé publique afin d'obtenir des programmes. Ces organisateurs communautaires sont, selon notre classification, des utilisateurs de programmes. Notre compréhension des risques d'instrumentalisation de la pratique des organisateurs communautaires est liée à la situation dans laquelle se trouve l'intervenant.

4.2.1 Les organisateurs communautaires en santé publique

Un des premiers éléments que nous identifions comme étant un risque que la pratique d'organisation communautaire s'engage dans un processus d'instrumentalisation est celui du champ d'intervention des organisateurs communautaires en santé publique. Celui-ci peut devenir limité. Les programmes de santé publique délimitent, dans un premier temps, la population avec laquelle les organisateurs communautaires doivent développer des interventions. Cette population est celle qui est dite « à risque de comportements individuels à problème ». De plus, ces programmes suggèrent des types d'intervention à mettre en place qui sont susceptibles d'agir le plus efficacement pour modifier ces comportements individuels à problème.

Précisons, par contre, que le champ d'action des organisateurs communautaires n'est pas seulement délimité par les programmes de santé publique. Il arrive souvent que la structure organisationnelle des Centres de santé et de services sociaux soit constituée de directions-clientèles et que l'organisateur communautaire relève d'une de ces directions. La différence que nous identifions dans cette délimitation du champ d'intervention de l'organisation communautaire est la suivante. Dans le cas de la structure organisationnelle des CSSS, nous comprenons que ces directions-clientèles permettent une organisation des services qui vise à répondre à l'ensemble des besoins de la population d'un territoire. Les programmes de santé publique sont, quant à eux, conçus dans le but de développer une intervention particulière pour des clientèles à risque de comportements individuels à problème. L'encadrement du champ d'intervention dans lequel est placée l'organisation communautaire n'est pas le même.

Les organisateurs communautaires dans cette situation ont identifié des marges de manoeuvre. Celles-ci se situent principalement dans leur capacité à respecter la démarche de base en intervention communautaire, soit le processus circulaire du voir – juger – agir – réviser (Lachapelle, 2003, p. 51). Ce processus peut procurer à l'organisateur communautaire des possibilités d'interventions qui débordent du champ d'action préalablement établi. Voici trois exemples qui en font la démonstration.

Dans l'entrevue 7, la concertation famille a décidé d'agir sur le transport collectif à la surprise des professionnels de la santé publique. Dans l'entrevue 5, le thème de la sécurité alimentaire a été identifié comme priorité par les groupes familles concertés dans le cadre du programme SIPPE. Il est intéressant de noter que la sécurité alimentaire est en soi un autre programme de la santé publique. Finalement, l'entrevue 4, qui portait sur le programme 0-5-30, on nous démontre que ce programme pouvait agir en sécurité alimentaire : « ils sont en train de regarder comment on fait pour que tout le monde ait accès à des fruits et des légumes ».

Nous constatons que cette rigueur professionnelle, qui consiste à mettre en place ce processus circulaire du voir – juger – agir – réviser auprès des acteurs locaux réunis dans une structure de concertation, permet aux organisateurs communautaires d'élargir les oeillères des

programmes qui, comme nous l'avons mentionné, visent principalement à modifier les comportements individuels à problème. Les actions proposées ont plutôt pour but de modifier l'environnement des populations identifiées comme étant à risque de comportements individuels à problème.

Cette façon de faire correspond au rôle de l'organisateur communautaire en planning social, soit « l'animation du processus d'empowerment des citoyennes et citoyens » (Lachapelle, 2003 : 42). Une des organisatrices communautaires rencontrée a donné deux exemples d'animation où des événements vécus par la population du territoire ont fortement orienté les actions de la Table. Elle raconte que suite à un meurtre commis dans un des villages du territoire et qui fut fortement médiatisé parce qu'il s'agissait d'un drame familial, les partenaires de la Table ont ressenti le besoin d'avoir davantage d'informations sur le phénomène de la violence conjugale afin, d'une part, de pouvoir répondre aux questions posées par les membres de leur organisation et, d'autre part, de pouvoir réagir au discours sensationnaliste des médias. C'est ainsi que le centre d'hébergement pour femmes violentées a été invité à faire une animation sur le sujet. Dans un autre ordre d'idées, des inquiétudes formulées par des éducatrices quant à la sécurité routière des enfants ont permis de modifier l'idée de départ qui était coercitive en une approche préventive. En effet, la mauvaise utilisation des sièges d'auto par les parents incitait les éducatrices à faire des demandes de surveillance par les policiers à la sortie des services de garde. Après avoir discuté avec les partenaires de la Table, une approche novatrice a été identifiée : les cliniques de vérification des sièges d'auto se feront dorénavant par les pompiers et non plus par les policiers. Il a été jugé que ces derniers ont une image menaçante contrairement aux pompiers. Ces exemples illustrent comment la concertation peut modifier l'environnement social de la population d'un territoire.

Les intervenants rencontrés ont mentionné qu'afin de pouvoir agir en toute légitimité sur les besoins identifiés par la communauté, ils n'hésitent pas à interpeller les responsables au Centre de santé et de services sociaux ou à la direction de la santé publique : « Je demande souvent, qu'en penses-tu? » (entrevue 4), « [...] tu peux juste négocier du temps, des façons de faire. Faut que tu te valides » (entrevue 2).

4.2.2 Les organisateurs communautaires mandataires de programmes de santé publique

Parmi les organisateurs communautaires rencontrés, la deuxième catégorie est la plus nombreuse. Quatre des organisateurs communautaires rencontrés font partie de cette deuxième catégorie. De même, nous croyons que la majorité des organisateurs communautaires font partie de cette catégorie. En fait, ceux-ci ont reçu un mandat d'implanter un programme de santé publique dans leur milieu tout en poursuivant les dossiers qu'ils avaient déjà. Ces organisateurs communautaires ont à fonctionner selon les deux logiques déjà exposées : la logique ascendante et celle descendante. Cette dimension est celle de la polarisation que nous avons exposée plus tôt dans le processus d'instrumentalisation. Fonctionner avec ces deux logiques, ou avec ces deux pôles, représente des défis que doivent relever les organisateurs communautaires au quotidien; en voici des exemples.

Ce premier exemple illustre le résultat sur le terrain de ces deux logiques qui se confrontent :

> L'idée de départ avec ma patronne du temps, c'était de s'associer à la Table de concertation jeunesse, mais la Table de concertation a refusé. Elle ne le voulait pas [*le programme de santé publique*]. Alors, on s'est dit : « on va y aller avec des partenaires plus un regroupement de concertation dont la Table ». La Table avait dit : « ça ne nous intéresse pas d'être mandataires, mais on va participer avec un regard critique. Nous, ce qui nous intéresse c'est de faire valoir le respect des missions des organismes communautaires, l'obtention du financement de base et un troisième élément ». Alors, on a fait ça. Ça nous a permis d'aller chercher d'autres joueurs qu'on voyait moins. Mais avec le temps, c'est quasiment devenu les mêmes partenaires, du moins les mêmes organisations, pas nécessairement les mêmes personnes. Dans certains cas, c'était la même organisation, la même personne qui siège à l'un et à l'autre. Ça ajoutait encore à la confusion parce que le monde disait : « c'est quoi la différence entre la Table de concertation jeunesse puis l'autre Table? » (entrevue 2)

On remarque dans cet exemple que même avec le refus des membres de la Table d'être mandataires du programme, l'organisateur communautaire a dû, selon la logique descendante qui fait appel à son expertise dans la mobilisation des communautés, poursuivre son travail de sensibilisation auprès d'autres acteurs. Son intervention a porté fruit et a permis à de

nouveaux acteurs de participer à la concertation locale. Par contre, à long terme, une confusion entre les deux instances s'est installée dans le milieu.

Ainsi, la logique descendante comporte une difficulté qu'une des intervenantes explique ainsi :

> [...] je me suis rendu compte avec le temps que lorsque c'est imposé par la santé publique, si le milieu n'est pas prêt... Le constat que je fais aujourd'hui, c'est qu'on a signé des protocoles, mais là ça ne sert plus à rien. Moi, je continue de croire que lorsque ça vient du milieu, quand les gens sont prêts à ça, bien ça marcherait peut-être encore aujourd'hui. [...] Moi, c'est le constat que j'en fais, tu vois, c'était santé publique ce dossier-là, puis j'ai travaillé beaucoup là-dessus, je m'en rappelle : c'était des heures et des heures... Malheureusement aujourd'hui... (entrevue 7)

Ce constat vient enrichir notre compréhension d'un des éléments du processus d'instrumentalisation qu'est la définalisation. Cette organisatrice communautaire explique que l'orientation de la santé publique détourne une norme de l'organisation communautaire qui est d'agir à partir des besoins identifiés par la communauté locale.

Une autre raison qui amène les organisateurs communautaires à être prudents devant les demandes de la santé publique est la suivante : celle de s'assurer que les énergies des acteurs locaux soient utilisées pour répondre à un besoin qu'ils reconnaissent comme étant une de leurs priorités. Les programmes de santé publique orientent les actions locales vers des problèmes que les acteurs n'ont pas toujours identifiés comme prioritaires.

> Mais ce n'est pas la justesse du propos, ce n'est pas la justesse des conclusions, ce n'est pas la pertinence des actions proposées là-dedans qui me choquent, c'est la façon dont ça vient s'imposer au milieu. Et puis, ça s'impose d'une façon toute simple, c'est qu'il y a un budget qui descend avec ça. (entrevue 3)

Ainsi, le développement des services offerts à la communauté se ferait au gré des budgets alloués et non pas selon les besoins reconnus, dans un premier temps, par les acteurs du milieu. D'autres propos d'organisateurs communautaires rencontrés renforcent cette position. On parle de concertations fictives et de Tables qui ne servent pas au milieu :

> Est-ce que cette Table-là vivrait sans nous ? [...] si on n'avait pas la subvention, par exemple, est-ce que les gens viendraient à cette Table-là ? (entrevue 1)

> [...] c'est sûr que je trouve ça pertinent, sauf que je ne considère pas qu'on est arrivé encore à un niveau où cette Table-là, elle sert vraiment au milieu. [...] Je ne trouve pas encore que c'est leur Table de concertation, pourtant ça fait longtemps qu'elle est démarrée. [...] je me rends compte que quand ça ne vient pas d'eux autres, tu sais, on est tout le temps en train d'essayer d'avancer, [...] malgré qu'ils avaient dit oui... (entrevue 7).

De plus, la gestion des programmes de santé publique par les organisateurs communautaires amène son lot de contraintes :

> Ils t'amènent de l'argent, ils t'amènent des affaires toutes « cannées » au niveau de la recherche, mais il y a des échéanciers. Il faut produire des plans d'action, faut s'assurer d'une répartition équitable ou, en tout cas, appuyée sur une démarche de concertation, faut distribuer l'argent, puis il faut ramasser des rapports d'activités, des rapports financiers, mettre ça en un seul, puis tu as des dates à respecter. [...] La reddition de compte, l'organisation ici ne veut pas être prise à défaut, ils veulent que les choses arrivent à la cenne près, pis dans les délais. (entrevue 2)

Cette pression pour réaliser le mandat qui leur est attribué dans les délais prévus peut empêcher l'organisateur communautaire de prendre le recul nécessaire pour l'exercice professionnel de ses fonctions.

> Là, je suis rendu dans mon affaire, je commence à trouver que je survole beaucoup trop à mon goût. Je ne suis pas capable de creuser ou je ne suis pas capable d'avoir la disponibilité qu'il faut pour creuser, pour aller au fond des choses et d'avoir une réflexion intéressante et pertinente par rapport à des affaires. [...] moi je pense que ça va mener à beaucoup moins de contestation dans son ensemble. Ils nous remplissent notre cour, on n'a plus le temps de lire ou à peu près pas, pas beaucoup de temps pour réfléchir, pas beaucoup de temps pour se concerter, c'est-à-dire entre intervenants sur l'intervention. (entrevue 2)

Ces derniers commentaires s'inscrivent dans la dimension d'altération du processus d'instrumentalisation de la pratique d'organisation communautaire. Le déploiement des programmes de santé publique demande à l'organisateur communautaire davantage que son expertise en mobilisation des communautés. Une fois cette étape franchie, certains programmes de santé publique semblent exiger une reddition de compte à laquelle participent activement les organisateurs communautaires. Les tâches qu'ils doivent accomplir deviennent plus techniques et s'éloignent des six types d'intervention traditionnellement reconnus en organisation communautaire soient : l'identification des problèmes du milieu, la sensibilisation et la conscientisation du milieu, le support aux

ressources existantes, la création de nouvelles ressources, la concertation et la mobilisation des ressources du milieu et l'action politique (Lachapelle, 2003 : 43).

Les organisateurs communautaires rencontrés ont cependant trouvé des façons de faire pour contrer cette possible altération de leurs fonctions. À la question « Est-ce que vous travaillez avec plusieurs programmes ? », une organisatrice communautaire répond : « Bien, pas tant que ça finalement, parce que je pense... Moi pis X [son collègue de travail] là-dessus on est un peu pareil, on saute pas là-dessus et on questionne aussi ». Cette attitude qui permet de remettre en question les programmes reviendra tout au long de cette entrevue, elle nous indiquera «[...] aujourd'hui, en 2007, je me ferais demander de faire ça par l'Agence puis je dirais : est-ce qu'on est certain que le milieu est rendu là ? » (entrevue 7). Celle-ci fait référence à un mandat qu'elle avait reçu à son arrivée dans l'établissement. Elle soulèvera aussi que les membres de la Table de concertation ont questionné la demande de la santé publique de produire une analyse de milieu, alors que la Table de concertation vivait des moments difficiles et que les membres présents estimaient avoir déjà réalisé une analyse de besoins. Nous croyons que cette attitude permet à l'intervenant de garder le contrôle sur la démarche qu'il anime et à laquelle participent des acteurs de la communauté. Comme en témoigne cet organisateur communautaire, cette attitude ne se manifeste pas seulement à l'égard de la santé publique, mais aussi à l'égard des acteurs locaux :

> O.K., je vais faire la job. Je vais rassembler les gens et la première question que je vais leur poser, c'est « En voulez-vous [du programme]? » Puis, si la réponse c'est non, bien vous allez vous en retourner chez vous avec votre petit bonheur. Moi, je me sentais à l'aise de faire ça parce que j'étais déjà au CLSC depuis 10 ans ; parce que le succès ou l'échec du programme ne remettait pas en question la perception que j'avais de ma capacité de faire la job, ce n'était pas le seul dossier que j'avais à mon actif. (entrevue 3)

Nous identifions aussi dans ces propos la notion d'indépendance par rapport à la réalisation ou non du programme. L'intervenant soulève l'aspect de l'ancienneté. Un intervenant fraîchement embauché peut-il avoir cette indépendance ? Il semble que certains organisateurs communautaires font l'hypothèse que non.

De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, les intervenants rencontrés semblent avoir pris le temps d'identifier les possibilités et les contraintes que le déploiement d'un programme représente pour le milieu. Ils sont donc en position de présenter les avantages et les désavantages aux partenaires

> [...] d'abord et avant tout, vérifier si les gens étaient sur le principe d'accord avec l'idée de mettre ça sur pied, parce que si tu mets ça sur pied ça veut dire une structure à faire vivre entre guillemets, ça veut dire des rencontres, ça veut dire des choses qui découlent possiblement de ça. (entrevue 3)

Nous comprenons que la responsabilité de l'organisateur communautaire devant la demande de la santé publique de déployer un programme consiste à mettre en place un processus de mobilisation autour de ce programme. Par contre, la décision de le réaliser revient aux acteurs locaux (groupes communautaires et institutions locales). Il est important ici de noter que les institutions locales, le CSSS par exemple, ont un rôle important à jouer dans cette décision d'aller de l'avant avec un programme de santé publique ou non. Rappelons que dans un extrait rapporté plus haut, la décision de mettre en place une autre instance de concertation suite au refus de la Table existante de prendre le mandat du programme de santé publique était motivée par la position du cadre du CSSS de réaliser le programme.

Cette stratégie que nous venons d'expliquer est fort simple, il s'agit pour l'organisateur communautaire de s'en tenir à son rôle. Dans le cadre de l'approche du planning social, le rôle de l'organisateur communautaire consiste à animer un processus d'empowerment des citoyens. Cette animation se traduit par la réflexion dont nous venons de rendre compte ou encore par la mise en place de structures décisionnelles qui permettent aux membres des Tables de concertation de participer activement :

> Bon, moi, j'ai à peu près 20 à 25 membres sur cette Table-là. On a un comité de gestion qui est plus restreint, qui est ouvert à tout le monde et qui n'a pas de limite de nombre de participants. Mais pour être capable d'aller un petit peu plus loin au niveau des discussions, on s'est doté d'un comité de gestion. On s'est doté aussi d'un comité d'éthique pour justement faire face à des situations de tension ou de conflits à l'intérieur de cette Table-là et on a aussi un comité social qui est là plus pour une organisation ponctuelle de la fête de la famille, par exemple. (entrevue 1)

> [...] Puis c'est ça, c'est toujours par le plan d'action, y'a toujours un comité de travail qui suit ça. On a eu à un moment donné à faire un comité d'évaluation des projets parce que beaucoup d'organismes avaient des projets à présenter [...] bon y'a certains

> joueurs qui sont plus à l'extérieur par rapport aux argents, fait que là on s'est fait un comité d'évaluation. Y'a des gens qui ont évalué les demandes, après on est revenu à la Table en disant les décisions qui ont été prises et ça s'est bien passé. (entrevue 7)

Bref, cette façon de faire permet aux organisateurs communautaires de jouer pleinement leur rôle d'animateur.

De même, la marge de manoeuvre que les organisateurs communautaires possèdent devant ces programmes de santé publique est celle qui consiste à « créer des zones de confort » :

> Quand on décide des affaires, c'est ouvert, puis quand ça ne fait pas, on va tester nos affaires à la santé publique. Est-ce qu'on peut faire ceci ? Est-ce qu'on peut y aller ? Êtes-vous d'accord ? Bon, on interpelle pour se trouver une zone de confort qui convient à tout le monde. Créateur de zone de confort, c'est ça aussi le rôle. C'est faire en sorte que les idées des uns s'harmonisent avec les idées des autres et que le cadre légal ou administratif nous permet de le faire. C'est comme ça qu'on négocie du temps aussi. [...] Puis de toute façon même eux, ils ont toujours parlé de coconstruction, ils ne nous ont pas toujours nourris sur... ils nous ont nourris beaucoup sur le concept, sur l'approche, mais beaucoup moins sur la mécanique, le comment tu fais ça. (entrevue 2)

Force est de constater que cet extrait illustre la relation de pouvoir décrite par Crozier et Friedberg (1977). L'organisateur communautaire met ici son pouvoir de négociation en action avec les agents de la santé publique.

Le respect du rythme du milieu est une autre stratégie que nous avons relevée dans les propos des intervenants. Cette valeur importante des organisateurs communautaires se traduit dans la notion de temps.

> On a entendu parler du programme pour la première fois de notre vie, tout le monde, au mois d'août 1998, puis au mois de janvier il fallait commencer l'opérationnalisation de notre plan d'action et tout ça en concertation avec les partenaires du territoire. Il fallait faire un portrait de la situation, la synthèse des ressources et un plan d'action et on commence à la mi-janvier. Nous autres on s'est dit, regarde, notre plan d'action ils l'auront quand il sera prêt, pas avant. Ils veulent qu'on se concerte : ça prend du temps la concertation. On n'attend pas après les commandes de la santé publique pour agir. Ça fait longtemps qu'on agit. On a déjà quelque chose au feu. On va le faire, mais chacun de nous est un organisme avec une vie propre, avec des activités puis avec une vie associative. Il faut faire ça aussi. On ne peut pas passer à côté de ça. Le restant ça s'ajoute sur le tas. Mais on s'est dit : l'exercice n'est pas inintéressant, on va le faire. On va le faire à notre rythme, à la

> vitesse à laquelle on est capable d'avancer. Le plan d'action, ils l'auront quand on aura fini de le faire. Ils l'ont eu deux ans plus tard. (entrevue 2)

Le risque que la pratique soit altérée peut donc être en partie évité par toutes ces stratégies : s'interroger sur les programmes de santé publique, animer un processus d'empowerment en questionnant les acteurs locaux dans leur volonté de déployer ces programmes dans leur milieu et en mettant en place des structures participatives, négocier des zones de confort qui permettront de répondre aux exigences des programmes de santé publique tout en intégrant la vision des acteurs locaux et faire respecter le rythme du milieu.

Nous retenons aussi que la tension entre les deux logiques paradoxales ascendante et descendante est bien ressentie par les organisateurs communautaires et que certains d'entre eux semblent exprimer un scepticisme quant au succès des interventions découlant d'une logique descendante.

4.2.3 Les organisateurs communautaires utilisateurs de programmes de santé publique

Rappelons que ces intervenants ont présenté deux types de situation. Un premier type dans lequel ils ont interpellé les agents de la santé publique pour obtenir un programme et un deuxième où ils ont vu venir les programmes de santé publique et ont pu préparer leur milieu à recevoir ceux-ci.

Il est intéressant de noter dans quel esprit ces intervenants travaillent :

> [...] dans l'esprit du travail au niveau des déterminants de la santé, moi j'ai toujours eu une approche comme ça, en disant : « Voici pourquoi en Centre de santé on est là : c'est pour travailler sur les déterminants de la santé ». Puis dans ce sens-là, à mon point de vue, sur le plan théorique, la santé publique ça fait partie de notre travail, tu vois. (entrevue 6)

> [...] on pense que lorsque la santé publique a des visées, a des objectifs et qu'il y a des programmes avec des argents qui viennent accompagner des interventions, et qu'on nous demande en Centre de santé et de services sociaux d'appliquer ces programmes, qu'on doit tenir compte de la réalité des milieux. Ce qui signifie travailler avec une

> approche milieu, travailler avec une approche de développement des communautés. Ça veut dire aussi travailler sur l'enracinement des organismes communautaires dans le milieu. Ne pas les fragiliser avec des projets, des programmes qui ne viennent verser que des salaires sur une durée déterminée. On veut essayer aussi de consolider nos organisations. On essaie de vendre à la santé publique qu'ils doivent penser qu'à travers leurs interventions, plusieurs objectifs sont à atteindre. [...] On essaie à travers ça, par des opérations de contorsions de programme, d'adapter le programme aux réalités du milieu le plus possible. (entrevue 8)

Cette conviction que les interventions de la santé publique font partie intégrante des interventions auxquelles l'organisation communautaire doit contribuer vient indéniablement teinter l'approche qu'ont ces intervenants vis-à-vis les programmes de santé publique.

Malgré cette position, nous avons identifié dans le discours de ces organisateurs communautaires utilisateurs des programmes de santé publique des dimensions du processus d'instrumentalisation. Par exemple, la définalisation que provoque la perspective épidémiologique présente dans la plupart des programmes de santé publique est illustrée dans l'extrait suivant :

> Y'as-tu moyen de nous donner des marges de manoeuvre dans vos programmes parce que si c'est appliqué « by the book » avec une approche épidémiologique, ça marche pas en milieu communautaire, ça peut pas coller [...](entrevue 8)

Cette explication nous fait comprendre le processus d'instrumentalisation dans lequel est placé l'organisateur communautaire :

> On débarque pas demain matin avec quelque chose qui n'a pas été annoncée préalablement [...] il faut s'asseoir avec des gens du milieu pour, tu sais, adapter ça à la réalité du milieu, à la capacité du milieu de recevoir ça. Donc, on a beaucoup une fonction, je dirais... Bien, dans le fond c'est vrai qu'il y a une forme d'instrumentalisation là-dedans. Oui, y'a une forme d'instrumentalisation [...] (entrevue 8)

En analysant son travail, l'organisateur communautaire prend conscience que ses fonctions sont instrumentalisées lorsqu'il doit adapter un programme à la réalité et aux capacités d'un milieu. Nous décelons ici encore la logique descendante avec laquelle l'organisateur communautaire doit composer.

L'intervenant termine sa réflexion en indiquant que les programmes de santé publique offrent cependant des opportunités :

> [...] c'est un *give and take* [...] si y'a des problèmes de santé publique dans un milieu, y'a des causes à ça, faut travailler en amont, faut mobiliser les partenaires à le faire, et pour ça, faut que nos programmes soient capables, comme ça été le cas au niveau des personnes âgées, de donner des occasions de formation, de donner des occasions d'échanges. (entrevue 8)

Ce travail de mobilisation, l'intervenant le croit possible si les partenaires du milieu sont informés d'un problème de santé publique dans leur milieu. Les occasions de formation et d'échanges qui sont invoquées devraient favoriser chez ces partenaires une prise de conscience suffisamment importante sur ce problème de santé publique pour vouloir agir sur celui-ci. De cette façon, la logique descendante se transformerait en logique ascendante. Le programme de santé publique devient un outil pour agir sur une situation problématique que les acteurs locaux reconnaissent et sur laquelle ils veulent intervenir.

Nous posons l'hypothèse que les interventions des organisateurs communautaires utilisateurs des programmes de santé publique peuvent être influencées par la perspective épidémiologique des programmes de santé publique. Rappelons ici ce que les travaux de Corin, Bibeau, Martin et Laplante (1990) énonçaient concernant cette perspective. Celle-ci met « principalement l'accent sur les habitudes de vie, les comportements individuels à problème et la constitution de groupes à risque auprès desquels il convient d'intervenir » (p.42). C'est donc dans cette perspective que les interventions des organisateurs communautaires peuvent être orientées. D'ailleurs, ce même intervenant dira : « on a la problématique, on a les orientations du programme, mais dans les moyens, on a une certaine marge de manoeuvre » (entrevue 8). Bien que l'intervenant voit la possibilité d'identifier avec les groupes du milieu les causes du problème de santé publique qui font l'objet d'un programme spécifique, il nous semble que cette possibilité est limitée parce que les programmes décrivent la problématique à laquelle ils veulent s'attaquer et identifient les orientations des actions qui devront être développées par le milieu. Dans la description que font les programmes, on cible habituellement une population à risque de comportements individuels à problème ainsi qu'un comportement individuel à modifier. La formation dont

parle l'intervenant peut-elle réellement permettre une compréhension différente de la problématique que celle développée dans le cadre du programme ?

Devant la possibilité que cette pensée de la santé publique vienne influencer et altérer les interventions d'organisation communautaire, trois stratégies nous sont apparues utiles dans les expériences livrées par les organisateurs communautaires.

Une première stratégie consiste à jouer un rôle actif dans la production des connaissances concernant les particularités du territoire. L'organisatrice communautaire interviewée a été appelée à développer son rôle de vulgarisatrice. Ses interventions lui ont permis de mettre au coeur de la concertation ses connaissances statistiques et empiriques sur le milieu et par le fait même l'analyse qu'elle a développée pour tenter d'expliquer celles-ci. Nous pensons que cette stratégie permet de sensibiliser les acteurs locaux aux différentes réalités du territoire dans une perspective globale qui allie connaissances statistiques, mais aussi connaissances des réalités sociohistoriques des différents secteurs composant le territoire.

> [...] nous autres notre travail ici, c'est beaucoup, je dirais, de vulgariser les problématiques, ou, en tout cas... Des fois, c'est les exposer, des fois, c'est les vulgariser. Après ça, l'autre rôle c'est de soutenir les activités de concertation sur le plan technique. On organise une journée d'étude, on organise une table de concertation, on met en place un salon jeunesse. Tu sais, peu importe la structure qu'on choisit, c'est supporter les structures que le monde décide de se donner puis c'est d'amener les gens à dire « ben oui, on est capable », puis les gens passent à l'action. (entrevue 6)

Nous croyons que ce transfert de connaissances permet d'établir la mobilisation des acteurs locaux sur une base solide. L'appropriation de cette connaissance du territoire par les acteurs devrait permettre aux programmes de santé publique d'être de réels outils de développement des communautés. Ainsi, un programme de santé publique qui ne correspondrait pas à un enjeu reconnu par les acteurs locaux ne devrait pas être choisi comme outil de développement de la communauté par les acteurs de ce milieu. Ce refus de participer à un programme qui ne correspondrait pas aux enjeux locaux devrait permettre le maintien de la mobilisation des acteurs autour des situations problématiques identifiées à l'échelle locale. Cette position d'éducatrice que prend l'organisatrice communautaire lui permet donc de rester critique devant les orientations des programmes de santé publique quant aux populations ciblées

comme étant à risque de comportements individuels à problème et aux types d'interventions à développer.

L'autre stratégie consiste à développer des positions ou des réflexions communes entre organisateurs communautaires d'une même région. Cette habileté à développer des consensus entre organisateurs communautaires permet une force de négociation avec les agents de la santé publique.

> Voici l'exemple que je voulais te donner au niveau prévention des abus et de la violence envers les aînés. Depuis 1999, on a des budgets récurrents là-dessus. On s'est concerté la Table des organisateurs communautaires en disant : « bien y'a un groupe dans le milieu qui s'appelle xyz, eux autres ils seraient intéressés à développer une tournée de sensibilisation par rapport à ça. » [...] on a réussi à obtenir une certaine marge de manoeuvre pour adapter une intervention qui serait acceptable dans le milieu parce qu'on s'est coordonné entre collègues de la région. Y'avait une force d'intervention auprès de la santé publique en disant : « regarder, on a cette idée-là nous, on a ce groupe qui serait intéressé ... » (entrevue 8)

Cet exemple d'intervention nous rappelle le témoignage d'un autre intervenant, celui-ci concernait le rôle des organisateurs communautaires dans les programmes de santé publique qui consistait à être des créateurs de « zone de confort » (entrevue 2) dans le but de pouvoir intégrer la vision des acteurs du milieu aux exigences des programmes de santé publique. Bref, prendre le temps de réfléchir en groupe et ainsi ne pas rester isolé dans son milieu est une stratégie qui semble pouvoir porter des fruits en terme de pouvoir de négociation.

Finalement, la troisième stratégie implique davantage les acteurs du milieu. Ce dernier exemple illustre le pouvoir que les concertations locales peuvent développer en formulant des demandes aux agents de la santé publique :

> [...] la concertation va bon train. Ça nous permet d'arriver au niveau de l'agence ou de la santé publique, en disant : « regarder, on est organisé de telle façon, alors si vous avez des programmes est-ce qu'on peut penser à... » L'opération de contorsion dont je te parlais tantôt, on essaie, nous autres, par la concertation préalable d'être préparé, d'être en mesure de dire à la santé publique : « on pense que ça serait intéressant de le faire de cette façon-là ». On mobilise les partenaires à cet effet-là et quand on arrive aux rencontres de santé publique, on est organisé pour faire valoir des choses. (entrevue 8)

Il s'agit d'une façon d'être proactif et de renverser le sens de la relation entre les organisateurs communautaires et les agents de la santé publique. Notre analyse de la structure organisationnelle montre que la technostructure développe des systèmes pour standardiser les actions ou les résultats des interventions réalisées par les professionnels qui travaillent dans le centre opérationnel. La relation est donc placée dans un continuum qui part de la technostructure vers le centre opérationnel. Cet exemple d'intervention illustre qu'il est possible de renverser cette relation en tentant d'influencer les planificateurs de la santé publique.

Ces trois stratégies permettent aux intervenants communautaires de rester critiques devant l'analyse des problématiques que proposent les programmes, d'établir un rapport de force ou encore de pouvoir exercer une certaine influence sur les programmes de santé publique. Nous remarquons que les intervenants, par ces stratégies, ne sont pas isolés, ils s'adjoignent des collègues organisateurs communautaires ou des acteurs du milieu pour défendre certaines positions davantage en lien, à notre avis, avec les interventions propres à l'organisation communautaire et réalités du milieu.

Dans cette deuxième partie de notre analyse, la catégorisation des intervenants communautaires en CSSS selon le type de mandat qu'ils ont par rapport aux programmes de santé publique nous a permis de dégager les différentes dimensions du processus d'instrumentalisation identifiées dans le discours de ces intervenants. Trois catégories d'intervenant ont été identifiées. Ceux qui ont un mandat principal en santé publique, ce qui signifie que la majeure partie de leur temps de travail est monopolisée à l'intérieur d'un programme de santé publique. Ensuite, on retrouve des organisateurs communautaires qui ont reçu le mandat de déployer un ou des programmes de santé publique tout en poursuivant leurs interventions habituelles. Finalement, la dernière catégorie est composée d'organisateurs communautaires qui sollicitent les agents de la santé publique pour influencer la venue de programmes dans une optique particulière. Enfin, nous avons constaté que chacune de ces situations comportait des dimensions du processus d'instrumentalisation.

4.3 Réponse à la question de recherche

Rappelons ici notre question de recherche. Nous voulions savoir si les programmes de santé publique instrumentalisent ou non la pratique des organisateurs communautaires en CSSS. Afin de répondre à cette question, nous avons, dans un premier temps, identifié dans la description des programmes des éléments qui pourraient prouver ou non cette instrumentalisation. Par la suite, nous avons porté notre attention sur les récits de pratique des organisateurs communautaires afin de découvrir dans ceux-ci, ce qui, selon eux, risque d'être instrumentalisé dans les interventions qu'ils réalisent dans le cadre des programmes de santé publique. Finalement, nous avons également relevé dans ces récits les stratégies que les organisateurs communautaires ont mises en place pour contourner cette instrumentalisation et éviter celle-ci, si toutefois elle est présente. Nous nous attarderons maintenant à chacun de ces éléments.

4.3.1 La description des programmes permet-elle d'identifier des éléments confirmant ou infirmant cette instrumentalisation ?

La description que les intervenants nous ont donnée des différents programmes de santé publique dans lesquels ils ont à intervenir laisse entendre qu'il y a des indications concernant les interventions qu'ils doivent réaliser. Nos lectures des documents abordant ces programmes nous ont permis de relever ces quelques passages où la pratique de l'organisation communautaire est clairement identifiée :

> L'organisateur communautaire s'appuie sur les forces vives du milieu et joue essentiellement un rôle de mobilisation et de soutien en vue de la réalisation de projets concrets avec et pour la communauté. [...] En tant que membre de l'équipe interdisciplinaire, l'organisateur communautaire a également comme responsabilité de participer activement aux activités de l'équipe interdisciplinaire responsable des suivis individuels, de faire la liaison entre cette équipe, les organismes communautaires et le milieu tout en respectant les règles de confidentialité établies ainsi que de déceler avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, à partir de leurs discussions de cas, les problèmes qui peuvent demander des solutions collectives et de soutenir la mise en œuvre des actions appropriées.
> (MSSS, 2004c :43)

> Les services d'organisation communautaire : offerts par l'instance locale, ces services appuient le développement des services d'aide à la personne et des services aux proches aidants (MSSS, 2004d : 35)

D'autres passages relevés dans les documents portant sur l'intervention à développer auprès des jeunes mentionnent l'importance de la concertation ou de la collaboration entre organismes locaux sans identifier le rôle de l'organisateur communautaire. En voici un exemple :

> [...] En ces domaines, l'efficacité des interventions repose sur l'harmonisation des approches entre les différents partenaires, incluant les forces policières, dans une perspective de santé publique. [...]
> - Par la concertation intersectorielle et le partenariat aux niveaux local, régional et national, établir un langage commun à tous les partenaires et harmoniser les interventions en vue d'agir sur les facteurs touchant à plusieurs problématiques psychosociales.
> - Mobiliser les partenaires, aux niveaux local et régional et définir les rôles de chacun afin d'assurer une meilleure complémentarité [...] (MSSS, 2001 : 53)

Bien que l'organisation communautaire ne soit pas identifiée dans ce passage, des expressions comme « concertation intersectorielle », « partenariat au niveau local », « mobiliser les partenaires » interpellent cette pratique.

Toutes ces descriptions soulignent des interventions qui font partie de l'expertise reconnue des organisateurs communautaires. Elles s'attardent principalement à l'identification des problèmes du milieu, à la création de nouvelles ressources et à la concertation et à la mobilisation des ressources du milieu. Bref, est-ce que ces éléments confirment une instrumentalisation de la pratique des organisateurs communautaires ?

Toujours en nous appuyant sur notre compréhension du concept d'instrumentalisation défini à partir des dimensions d'altération, de polarisation, de définalisation et de dénonciation, il est difficile d'affirmer que ces éléments confirment à eux seuls l'instrumentalisation de cette pratique.

Nous retenons, par contre, que les organisateurs communautaires se sentent bousculés dans leurs interventions par ces programmes. Ce sentiment est surtout présent chez les

organisateurs communautaires mandataires des programmes de santé publique. Les programmes arrivent sur leur bureau et c'est seulement à ce moment qu'ils apprennent qu'ils devront travailler avec ceux-ci. Peut-être est-ce dans cette façon d'interpeller les organisateurs communautaires que le processus d'instrumentalisation se trouve. En effet, les organisateurs communautaires sont des professionnels qui doivent, selon leur description de poste, faire l'identification et l'analyse des besoins avec les groupes concernés; la conception, la coordination et l'actualisation de programmes d'organisation communautaire. De plus, ils doivent jouer le rôle de personne-ressource auprès des groupes du milieu. Or, les programmes de santé publique identifient et analysent une problématique sociale et conçoivent un programme d'intervention. L'organisateur communautaire peut se sentir dépouillé de ses fonctions et percevoir qu'on fait appel à lui seulement pour son expertise de mobilisation qui permettra de développer des services de proximité qui résorberont le problème de santé publique. Cela rappelle la stratégie d'intégration sociale propre aux intervenants rattachés aux structures de l'État que décrivaient Doré et Larose. Cette stratégie est en opposition avec la stratégie adoptée par les organismes communautaires et fondée sur les intérêts des bases sociales. Ces auteurs observent ces contradictions et concluent que le développement d'une stratégie unitaire était impossible entre ces intervenants (1979 : 95). Le terme « contradictions structurelles » utilisé par ces auteurs est aujourd'hui identifié par les deux logiques paradoxales que Bourque et Favreau (2003) exposent.

Dans cette situation, un des principes d'action collective dans lequel s'inscrit l'organisation communautaire est menacé. Il s'agit du principe qui énonce que l'organisation communautaire « agit principalement au sein et à partir d'une communauté locale plutôt qu'en application de politiques sociales » (Lachapelle, 2003 : 42).

La seule façon de ne pas se laisser envahir par cette impression de n'être que des « bras » pour la santé publique est de refaire l'exercice auprès des acteurs locaux pour s'assurer que le problème social soulevé par les experts de la santé publique est reconnu par la population visée par ce programme. Les organisateurs communautaires peuvent être confrontés à la difficulté suivante : le problème social peut être reconnu par une certaine portion de la population dont font partie les experts de la santé publique et les intervenants locaux, sans

que ce problème soit reconnu par la population ciblée par les programmes. Il s'agit ici de respecter un autre des principes d'action collective de l'organisation communautaire : miser « sur le potentiel de changement de la communauté locale à partir de l'identification de besoins ou de problèmes qui suscitent des tensions dans le milieu » (Lachapelle, 2003 : 42).

4.3.2 Qu'est-ce qui se retrouve instrumentalisé par les programmes de santé publique dans la pratique de l'organisation communautaire ?

Nous venons d'établir que ce ne sont pas les types d'intervention en organisation communautaire qui sont altérés et donc instrumentalisés par les programmes de santé publique. Notre analyse du discours des organisateurs communautaires rencontrés nous permet, par contre, d'identifier d'autres éléments qui sont instrumentalisés dans leur pratique.

Un des malaises qui ressort de ce discours est la façon dont ces programmes arrivent sur leur table de travail. Nous avons aussi cerné que les interventions que les programmes de santé publique demandent aux organisateurs communautaires concernent plus particulièrement la mobilisation et le développement de nouveaux services et que cette orientation peut laisser l'impression aux intervenants de n'être que des « bras ». Finalement, nous avons conclu qu'un des principes d'action collective de cette pratique est altéré.

Nous avons poursuivi cette réflexion en nous arrêtant sur les termes utilisés par les organisateurs communautaires pour qualifier les programmes de santé publique:

> [...] les commandes de la santé publique. (entrevue 2)

> [...] c'est une demande de leur part de mettre en place ces tables-là. (entrevue 7)

> [...] le fameux programme SIPPE, moi je suis liée à ça ici comme organisateur communautaire. Les fameux... créer des environnements favorables, en réalité, nos environnements avaient déjà été créés avant que le programme arrive [...] (entrevue 6)

> [...] Des fois aussi on n'a pas le choix d'appliquer les règles du jeu qui nous sont des commandes qui nous sont données. (entrevue 8)

> [...] les programmes nous étaient parachutés. (entrevue 4)
>
> [...] je n'ai rien contre les *best practices*, parce qu'ils ont fait leurs preuves, j'en ai contre le fait qu'on en fasse du mur à mur. [...] moi, les programmes ça me fait suer, parce qu'en règle générale c'est des « cannes ». Tu sais, tu as dix rencontres, puis là, tu as un petit cahier, puis tu as l'activité *ABC* puis tu fais ça jusqu'à *Z*. Puis, après ça, t'es ben content : le programme est fini. Le problème y'es-tu réglé ? (entrevue 3)

Nous comprenons que ces intervenants réagissent au fait qu'ils sont tenus d'intégrer ces programmes dans leur pratique. Ces programmes, nous l'avons déjà mentionné, s'inscrivent dans la logique descendante exposée par Bourque et Favreau (2003). Rappelons que la logique descendante est associée aux politiques et aux programmes gouvernementaux, elle regroupe deux autres logiques, soit celle d'expertise prescriptive et celle d'empowerment.

Mais pourquoi les organisateurs communautaires réagissent-ils à cette logique descendante ? Est-ce que cette logique descendante irait à l'encontre des normes de l'organisation communautaire ? Pourtant, le cadre de référence du RQIIAC mentionne que « [...] l'organisation communautaire répond à des demandes du milieu en même temps qu'elle contribue aux plans d'intervention initiés par l'établissement » (Lachapelle, 2003 : 39). Ces programmes font partie, selon notre compréhension, des plans d'intervention des établissements, c'est pourquoi l'organisateur communautaire est tenu d'y contribuer. Cela dit, plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer cette réaction : les organisateurs communautaires trouvent-ils leur niveau de contribution trop élevé ? Le plan d'intervention de l'établissement a-t-il été présenté à l'organisateur communautaire ? Quoi qu'il en soit, il semble que cette logique soit une cause d'insatisfaction chez au moins quatre des organisateurs communautaires rencontrés.

Nous savons aussi que cette logique descendante rend difficile l'actualisation du principe d'action collective selon lequel l'organisation communautaire « agit principalement au sein et à partir d'une communauté locale plutôt qu'en application de politiques sociales » (Lachapelle, 2003 : 42). Puisque ce principe d'action collective est altéré par ces programmes de santé publique, nous allons poursuivre notre analyse en portant notre attention sur ces principes. Voici ceux que le cadre de référence du RQIIAC énonce :

- l'organisation communautaire considère les problèmes sociaux dans leur dimension collective et comme devant faire l'objet de solutions collectives ;
- elle mise sur le potentiel de changement de la communauté locale à partir de l'identification de besoins ou de problèmes qui suscitent des tensions dans le milieu ;
- elle porte une visée de transformation sociale et de démocratisation permanente ;
- sa préoccupation centrale est l'organisation de nouveaux pouvoirs et services au sein et au profit de la communauté locale. (*ibid.*)

Nous allons maintenant comparer ces principes aux axes d'intervention du programme national de santé publique 2003-2012 dans lequel s'inscrit, comme nous l'avons déjà mentionné, l'ensemble des programmes présentés par les organisateurs communautaires rencontrés. Rappelons brièvement ces axes d'interventions : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ; les habitudes de vie et les maladies chroniques ; les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé en milieu de travail. Les programmes dont ont parlé les personnes rencontrées se situent dans deux de ces axes : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, et les habitudes de vie et les maladies chroniques.

Bien que le programme national de santé publique souligne que les déterminants de la santé doivent être « vus comme autant d'angles d'analyse qui peuvent orienter l'action en santé publique » (MSSS, 2004b : 16), nous constatons, comme Corin, Bibeau, Martin et Laplante (1990) l'ont fait avant nous, que les actions privilégiées par la santé publique s'attardent davantage aux habitudes de vie et autres comportements liés à la santé. Cette orientation ne correspond pas à un autre principe d'action collective de l'organisation communautaire qui énonce que cette pratique considère les problèmes sociaux dans leurs dimensions collectives et comme devant faire l'objet de solutions collectives. Ces dimensions collectives font, pour nous, davantage appel aux déterminants de la santé que sont les conditions de vie et les milieux de vie ainsi que l'environnement physique. Les programmes de santé publique, bien qu'ils proposent des solutions collectives, choisissent d'agir sur des dimensions individuelles.

Une des raisons qui justifie ce choix est donnée dans l'introduction du programme national de santé publique : « Le programme présente des objectifs sociosanitaires dont l'atteinte repose sur la modification de déterminants sur lesquels il est possible d'agir »(*ibid.* :

10). Nous comprenons mieux ce que veut dire cette affirmation après avoir lu cette autre explication fournie dans le programme de prévention des chutes qui s'adresse aux personnes âgées. Ce programme propose différentes mesures d'intervention, dont des interventions en développement des communautés. Elles sont décrites ainsi :

> Les interventions en développement des communautés s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé qui confère aux populations les moyens d'exercer un plus grand pouvoir sur leur propre santé en vue de l'améliorer (OMS, 1986). Le développement des communautés est donc un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local qui vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique (Lévesque et coll., 2002). (MSSS, 2004e : 11)

Cette définition correspond à une intervention qui respecte les principes d'action collective de l'organisation communautaire. La santé publique juge ainsi ce type d'intervention.

> [...] De plus, les effets des programmes de promotion de la sécurité sont difficiles à mesurer, se révèlent souvent non spécifiques, et ne peuvent être évalués qu'après une longue période. Ainsi, la littérature scientifique dénombre-t-elle, à ce jour, peu de programmes ayant démontré des effets concluants et, par conséquent, prêts à être implantés. C'est pourquoi la DGSP [*direction générale de la santé publique*] ne priorise pas ce type d'intervention. Les stratégies de développement des communautés peuvent néanmoins s'avérer pertinentes à titre de complément aux autres interventions du continuum de services, afin d'agir globalement sur les milieux de vie des aînés. (MSSS, 2004f : 11)

Le manque de preuves scientifiques sur l'impact des interventions en développement des communautés oriente donc le choix des interventions privilégiées par la santé publique. La primauté de la rationalité instrumentale se dévoile ici. Dans le cas présent, le débat entre la recherche qualitative et celle quantitative fait surface. Selon Levy, chacune de ces recherches est soutenue par des paradigmes différents et dont la préférence s'appuie sur des «valeurs relatives accordées à l'exactitude ou à la suffisance de la recherche [...] elle constitue, comme telle une question de croyance » (1994 : 92). Si nous poursuivons cette logique que nous propose Levy, nous pouvons faire l'hypothèse que la croyance qui se reflète dans les programmes de santé publique est celle qu'il est possible d'agir sur les habitudes de vie des individus, mais non pas sur leurs conditions de vie.

Notre analyse permet de conclure que les principes d'action collective ne sont pas mis de l'avant par les programmes de santé publique, car :

- la dimension collective des problèmes sociaux n'est pas l'objet de solutions collectives ;
- l'intervention de l'organisateur communautaire est recherchée pour favoriser l'application d'une politique sociale ;
- le potentiel de changement de la communauté n'est pas utilisé dans sa pleine mesure puisque celle-ci n'est pas interpellée pour identifier le besoin ou le problème qui suscite des tensions chez elle, ni pour ses propres modes d'action ;
- la visée de transformation sociale et de démocratisation est très difficilement perceptible et laisse place à une visée d'amélioration de la santé publique ;
- la préoccupation centrale d'organisation de nouveaux pouvoirs et services au sein et au profit de la communauté locale se transforme en préoccupation d'organisation de services intégrés au réseau local de santé et de services sociaux.

Ainsi, les principes d'action collective qui sous-tendent les interventions d'organisation communautaire se trouvent instrumentalisés par les programmes de santé publique. Tout compte fait, l'altération de ces principes instrumentalise cette pratique sociale.

4.3.3 Stratégies de contournement

Nous avons déjà identifié les stratégies développées par les organisateurs communautaires pour contourner ce processus d'instrumentalisation dans la section où nous avons présenté les trois catégories d'intervenants. Nous associerons maintenant ces stratégies aux principes d'action collective qu'elles défendent. Cet exercice permettra de franchir les écueils auxquels sont confrontés les organisateurs communautaires.

Principe 1 : L'organisation communautaire considère les problèmes sociaux dans leur dimension collective et comme devant faire l'objet de solutions collectives

Les stratégies qui permettent de respecter ce principe sont celles qui, dans un premier temps, s'assurent de reprendre, dans son intégralité, le processus de base en intervention communautaire, soit le voir – juger – agir – réviser. Rappelons que les programmes de santé publique identifient la problématique sociale sur laquelle ils veulent agir et proposent une analyse des causes de cette problématique. Le fait de reprendre la description du problème social et son analyse avec les acteurs locaux permet d'ajouter leurs analyses à celle de la santé publique en plus de valider l'importance d'agir sur cette problématique. De plus, la transmission des connaissances que possède l'organisateur communautaire de son territoire (données statistiques, sociohistoriques et empiriques des quartiers composant le territoire) viendra appuyer cette analyse collective. Finalement, une stratégie qui peut s'ajouter aux deux précédentes est celle qui consiste à questionner les agents de la santé publique sur les orientations du programme et sur ses possibilités d'action afin de pouvoir intégrer la vision du milieu et ainsi négocier des zones de confort dans le déploiement du programme.

Certains des propos recueillis ont permis de constater que ces dimensions collectives associées aux conditions de vie et non aux habitudes de vie sont identifiées par des concertations :

> [...] dans les priorités, il avait été traduit que c'était la sécurité alimentaire, le répit et le transport [...]... ces éléments-là, c'étaient les parents et les intervenants qui les avaient nommés. (entrevue 7)

Il peut, par contre, arriver, et ceci est tout aussi légitime, que malgré la mise en place de ces stratégies, les membres d'une concertation décident d'intervenir sur les habitudes de vie.

Principe 2 : L'organisation communautaire agit principalement au sein et à partir d'une communauté locale plutôt qu'en application de politiques sociales

Les organisateurs communautaires en Centre de santé et de services sociaux se trouvent, nous l'avons mentionné à quelques reprises, dans une position d'interface entre deux logiques paradoxales : la logique descendante qui est suivie par la structure gouvernementale et la logique ascendante qui est celle des groupes du milieu. Répondre aux demandes provenant de la santé publique fait partie des tâches de l'organisateur communautaire, celui-ci peut donc être appelé à mettre en application des politiques sociales. La stratégie développée devant cette situation est celle de réfléchir avec les acteurs locaux aux conditions de réussite à la mise en place de ces politiques ou programmes.

Cette stratégie permet à l'organisateur communautaire de respecter une partie du principe d'action collective, soit celle d'agir au sein de la communauté. Elle ne permet pas cependant d'agir à partir de la communauté, à moins que le problème social ait été identifié par les membres de la communauté. La plupart du temps, l'intervention développée à la suite de l'arrivée d'un programme ne l'est pas à partir de la communauté, mais bien à partir d'une politique sociale.

Principe 3 : L'organisation communautaire mise sur le potentiel de changement de la communauté locale à partir de l'identification de besoins ou de problèmes qui suscitent des tensions dans le milieu

Deux stratégies sont ici, selon nous, nécessaires pour respecter ce principe. Il faut, comme nous l'avons déjà mentionné, prendre le temps de refaire le processus d'identification et d'analyse de besoins entourant la problématique que soulèvent les programmes de santé publique, c'est-à-dire la démarche du voir - juger - agir - réviser. Cela permet de vérifier si ce problème suscite des tensions sur le territoire et d'identifier les acteurs en cause. Il faut aussi que les organisateurs communautaires utilisent leur pouvoir d'influence auprès de la santé publique pour développer des zones de confort dans lesquelles la vision des acteurs du milieu peut s'exprimer. Voici un exemple de ces stratégies rassemblées :

> (...) un des principaux enjeux, c'était la question des autochtones et le chantier l'a bien saisi. Si on suivait «by the book» la santé publique, on ne serait pas supposée d'aller se mêler des affaires des autochtones, parce que ce n'est pas notre dossier, mais on ne travaille pas comme ça. Y'a quand même une ouverture. La santé publique a une mission au niveau régional, mais au niveau local on n'a aucune mission au niveau des autochtones. Moi, je travaille avec les groupes qui ont des besoins et comme les enjeux avec les autochtones et les Québécois, ça influence énormément la qualité de vie des jeunes et de tout le monde, bien, ça légitime le fait que j'y travaille. Le fait aussi que cet enjeu ait été défini avec la santé publique par le milieu, bien ça devient plausible d'y travailler même si dans le fond notre CSSS ne reçoit pas d'argent pour que je fasse ce job-là, ça, ce n'est pas grave... (entrevue 6)

Par contre, cette identification de besoins ou de tensions semble parfois difficile à réaliser. Les témoignages d'organisateurs communautaires qui exprimaient leur doute quant à la pertinence des tables de concertations développées dans le cadre de programmes de santé publique sont éloquents. En effet, il paraît parfois difficile d'identifier un besoin ou une tension qui rejoint une préoccupation commune assez forte pour que des actions structurantes pour le milieu soient développées par les acteurs locaux. Malgré cette difficulté qui devrait en toute logique faire échouer le projet de concertation, celui-ci perdure dans le temps. En regard de ceci, nous croyons que la concertation répond à des besoins éprouvés davantage par les intervenants des différents groupes que par le milieu. Ces besoins sont de briser l'isolement des intervenants et de connaître les ressources présentes sur le territoire. En ce sens, voici ce que livrait une intervenante : « [...] juste le fait d'apprendre à se connaître, je pense que c'était important pour tout le monde [...] » (entrevue 5).

Répondre à ces besoins permet-il l'actualisation du potentiel de changement de la communauté locale ? Cette possibilité qu'offrent les lieux de concertation aux intervenants d'échanger et de partager leur point de vue amène sans conteste des changements dans leur vision des besoins de la communauté, mais nous croyons que c'est l'identification de besoins ou de tensions existant au sein de la population locale et non au sein des intervenants locaux qui est porteuse des changements recherchés par la pratique de l'organisation communautaire.

Principe 4 : L'organisation communautaire porte une visée de transformation sociale et de démocratisation permanente

Nous avons mentionné que les programmes de santé publique visent davantage une amélioration de la santé publique qu'une transformation sociale et une démocratisation permanente. Ceci ne veut pas dire que ces visées sont mutuellement exclusives. La démarche qui sous-tend les interventions de l'organisation communautaire peut atteindre ces deux visées. La stratégie d'animation du processus d'empowerment de la communauté devrait permettre en partie la réalisation de ce principe. En voici un exemple :

> Par contre, on se dit que comme lieu de concertation, on peut avoir des gestes politiques : aller rencontrer les municipalités, aller leur faire entendre qu'il y a des problèmes et qu'on leur demande de faire quelque chose. Ça, les membres de la Table trouvent que ça fait partie des actions possibles. (entrevue 7)

Bien qu'il y ait une reconnaissance de ces actions politiques dans le spectre des interventions qu'une concertation peut réaliser, nous n'avons pas relevé d'actions politiques revendicatives comme celle qui vient d'être illustrée dans les entrevues réalisées. Les actions des concertations dans le cadre des programmes de santé publique sont davantage axées sur la mise en place de services directs à la population. Cet autre intervenant nous donne des exemples des services que les programmes de santé publique ont permis de mettre en place :

> [...] dans certains cas, ça permet de solidifier ou d'implanter de l'aide aux devoirs pour les enfants. Dans d'autres cas, ça permet de solidifier un programme de renforcement des compétences parentales [...] Dans d'autres cas, ça permet de mieux accueillir et intégrer des jeunes, des nouveaux arrivants, qui sont dans les classes d'accueil. Dans d'autres, ça permet de faire le passage des jeunes des écoles primaires aux écoles secondaires. [...] Ça diminue des angoisses. Qu'est-ce qu'il y a d'autres ? Il y a une foule d'autres projets. Ça permet de faire connaître les ressources du quartier, ils organisent des rallyes, ils partent avec 10 à 20 jeunes et ils se déplacent d'une ressource à une autre [...] (entrevue 2)

Principe 5 : L'organisation communautaire a comme préoccupation centrale l'organisation de nouveaux pouvoirs et services au sein et au profit de la communauté locale

Encore une fois, bien que nous mentionnons que les programmes de santé publique sont davantage préoccupés par la mise en place de services intégrés dans le réseau local de

services de santé et de services sociaux, ce principe d'action collective peut tout de même se réaliser. D'ailleurs, un des intervenants a longuement parlé de sa stratégie d'influence qu'il a mise en place pour intégrer dans le plan stratégique de son CSSS un axe où il est indiqué que

> [...] le développement des communautés ça concerne tous les partenaires du territoire et que notre CSSS fait le choix stratégique d'aller dans ce sens-là en ayant une volonté d'agir concertée et coordonnée avec les partenaires de travailler en amont des problèmes de santé et de services sociaux auprès des communautés de notre territoire. (entrevue 8)

Dans le but de consolider les organismes communautaires et d'éviter que la venue des ententes de services soit l'occasion de fragiliser ces derniers, cet organisateur communautaire a aussi suggéré aux groupes du milieu de faire inscrire, dans ce plan stratégique, l'objectif de : « soutenir les organismes locaux dans la mise en place de projets agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé ». Dans cette optique, les groupes du milieu ont été encouragés à négocier à l'intérieur de ces ententes un pourcentage de la subvention qui sera destiné à la gestion et à l'encadrement de l'entente.

Toutes ces précautions que prend cet organisateur communautaire pour que les groupes communautaires soient considérés à leur juste valeur dans le plan stratégique du CSSS illustrent bien ce principe d'action collective qui a comme préoccupation centrale l'organisation de nouveaux pouvoirs et services au sein et au profit de la communauté locale. Il s'agit là de fenêtres d'opportunités qui permettent de respecter ce principe dans la mise en place du réseau local de services intégrés des CSSS. La stratégie ici déployée est le développement de positions communes avec les groupes du milieu. Cette stratégie permet la participation active des groupes dans le processus de consultation des projets cliniques et facilite la tâche de l'organisateur communautaire qui peut ainsi être proactif dans son rôle de personne-ressource.

Ce retour sur ces différents principes d'action collective nous a permis de relever les stratégies d'intervention qui aident les organisateurs communautaires à rester le plus près possible au sens de cette pratique sociale : la mise en place de structures participatives qui permettent l'animation d'un processus d'empowerment auprès des acteurs locaux; l'actualisation du processus circulaire « voir – juger – agir – réviser » avec les acteurs locaux

dans lequel la population locale est appelée à identifier un besoin ou une tension vécue ; le développement et le maintien d'une connaissance fine du territoire et le partage de celle-ci avec les groupes du milieu afin que leur analyse de besoin puisse en être teintée; le développement de positions communes avec les acteurs locaux et avec les autres organisateurs communautaires de la région; l'interpellation des agents de la santé publique pour les informer de l'analyse collective produite par le milieu et, le cas échéant, les questionner sur les orientations promues par les programmes, ceci afin de négocier des zones de confort.

CONCLUSION

Nous concluons que, comme nous l'avions fait suite à notre analyse de l'état de situation de l'organisation communautaire, les programmes de santé publique tout comme d'autres programmes proposés aux organisateurs communautaires et aux acteurs locaux par différents ministères (éducation, sécurité publique, etc.) instrumentalisent la pratique sociale qu'est l'organisation communautaire en venant altérer ses principes d'action collective. Nous répondons donc par l'affirmative à notre question de recherche : est-ce que les programmes de santé publique instrumentalisent la pratique des organisateurs communautaires ?

Nous avions déjà des pistes de réponse lorsque nous avons fait état de la réforme actuelle du réseau de la santé et des services sociaux débutée en 2004 et qui a pour principal objectif d'améliorer l'état de santé de la population du Québec en augmentant la performance du système de santé. Selon Larivière, l'atteinte de cet objectif sera rendue possible grâce à l'établissement de normes établies à partir des meilleures pratiques selon le consensus d'experts. Cette orientation est critiquée par cet auteur qui la juge biaisée et aveugle parce que ces normes s'appuient, en grande partie, sur le résultat de recherches financées par l'industrie pharmaceutique qui s'intéresse aux problèmes de santé coûteux et rentables (2005 : 16). C'est d'ailleurs ce que confirme l'extrait que nous avons tiré du programme de prévention des chutes auprès des personnes âgées. En effet, dans cet extrait il est mentionné que peu de recherches se sont attardées à mesurer les effets des programmes de promotion de la sécurité. Plusieurs raisons sont données : ce type d'intervention serait difficile à mesurer, les effets de ces programmes sont non spécifiques et surtout nécessitent une évaluation sur une longue période (MSSSe, 2004 : 11).

Cette recherche d'efficacité de la part de la direction de la santé publique correspond à l'approche décrite par Renaud :

> L'intervention se confond alors de plus en plus avec la gestion de programmes établis à partir d'analyse « objectivante » des populations et des problèmes. Une telle approche fait disparaître le sujet au profit de la création d'un objet appartenant à une population dont on a analysé les caractéristiques sur lesquelles il faut intervenir de manière technique pour assurer le fonctionnement d'un système qui, en dehors de toute autre finalité, ne cherche plus que sa propre production, sa propre effectuation. (1997 : 142)

Cet auteur poursuit en indiquant que

> [...] dès lors que le social en vient ainsi à épouser les impératifs de l'objectivisme technologique, il conduit à l'assujettissement non seulement de ceux « sur » qui on intervient, mais également de l'intervenant [...] (*ibid.*)

Les récits de pratique que nous avons recueillis montrent cependant, comme notre posture épistémologique l'affirmait, que les organisateurs communautaires sont des sujets et que malgré les contraintes auxquelles ils sont confrontés, ils tentent de rester le plus près possible du sens profond de cette pratique sociale.

Nous devons toutefois admettre que les programmes de santé publique orientent les interventions développées en organisation communautaire dans les Centres de santé et de services sociaux du Québec et que les principes d'action collective ne peuvent être intégralement respectés. Les programmes de santé publique déterminent les problèmes sociaux pour lesquels des interventions doivent être développées. Ces problèmes sont rarement contestés par les intervenants locaux. Nous posons la question de la reconnaissance de ces problèmes sociaux par les populations ciblées par ces programmes. Il s'agit là, selon nous, d'une des difficultés majeures à laquelle est confrontée l'organisation communautaire. La question ici soulevée est celle de la validation du problème social identifié par les experts de la santé publique auprès de la population cible dite à risque. Les efforts que déploient les organisateurs communautaires pour renverser la logique descendante en logique ascendante pour permettre aux acteurs locaux d'identifier les besoins et les tensions du milieu aident à se rapprocher des principes d'action collective propres à cette pratique sociale, mais ne peuvent relever complètement le défi.

Afin de poursuivre la réflexion que nous avons amorcée, certains points mériteraient d'être explorés davantage. Comme nous l'avons mentionné à quelques reprises, les stratégies

d'intervention des organisateurs communautaires visent principalement le déterminant de la santé suivant : l'environnement social, économique et physique. Bon nombre de programmes de santé publique veulent agir sur un autre déterminant : les habitudes de vie. Nous croyons que la reconnaissance de cette différence entre les objectifs de l'organisation communautaire et ceux des programmes de santé publique devrait être davantage mise de l'avant. La distance entre les objectifs poursuivis par l'organisation communautaire et les programmes de santé publique permettrait ainsi d'évaluer si la présence d'un organisateur communautaire dans le déploiement d'un de ces programmes est pertinente ou non, et ce, tout en sachant que des interventions communautaires sont possibles dans bien des situations. Nous voulons remettre à l'avant-plan l'approche communautaire qui repose sur la conviction que les personnes du milieu ont les capacités d'identifier leurs besoins et leurs solutions pour passer à l'action, car nous croyons que cette approche est le propre de la mission CLSC encore présente dans les nouveaux Centres de santé et de services sociaux. Ainsi, cette approche n'est pas le propre de l'organisateur communautaire, mais de l'ensemble des employés oeuvrant au sein de la mission CLSC. Le point que nous défendons est celui de l'expertise spécifique de l'organisateur communautaire qui dépasse celle de maîtriser l'approche communautaire. Cette expertise consiste à pouvoir développer des stratégies d'intervention s'inspirant de l'action sociale, du développement local, du planning social et de l'approche sociocommunautaire avec les groupes défavorisés du milieu après avoir identifié et analysé avec eux leurs besoins.

Dans un autre ordre d'idées, il serait intéressant, selon nous, d'identifier les relations de pouvoir entre les Agences de santé et de services sociaux, les directions de santé publique et les Centres de santé et de services sociaux. Ces relations ne semblent pas être clairement définies. Il nous est, par exemple, difficile de comprendre la raison qui explique que certains organisateurs communautaires semblent recevoir leurs mandats des agents de la santé publique et non de leur supérieur immédiat. En lien avec cette interrogation, nous avons constaté que peu de choses ont été dites sur les relations que les organisateurs communautaires entretiennent avec leur supérieur immédiat. Nous n'avons pas noté non plus qu'il existe, si ce n'est que les Tables d'échanges entre organisateurs communautaires, de lieux de supervision ou d'encadrement. Certains ont mentionné participer aux rencontres

d'équipe (ex. famille – enfance) d'autres n'y ont pas fait allusion. Il serait pertinent d'explorer les lieux de ressourcement de ces organisateurs communautaires et les besoins de supervision qu'ils manifestent. Le contexte d'intervention dans lequel cette profession s'inscrit se complexifie tout comme pour les autres intervenants sociaux et un soutien professionnel est souvent apprécié dans ces conditions. Ajoutons que ces intervenants sont souvent seuls dans leur rattachement administratif et que peu de cadres possèdent une expertise développée en organisation communautaire.

Nous tenons à souligner un dernier élément. Nous avons identifié que les organisateurs communautaires utilisateurs des programmes de santé publique vivent moins de conflits de valeurs devant ces programmes. Bref, la question des conditions qui permettent aux organisateurs communautaires d'être des utilisateurs et non des mandataires ou des agents de programme se pose.

ANNEXES

Canevas d'entrevue

1. Comment êtes-vous devenu organisateur communautaire? (quand avez-vous choisi de devenir o.c., quelle formation avez-vous suivie, avez-vous eu d'autres emplois avant d'être o.c., êtes-vous membre du RQIIAC, que pensez-vous du cadre de référence du RQIIAC?)

2. Comme organisateur communautaire, vous avez eu à intervenir dans le cadre d'un programme de la santé publique, pouvez-vous me décrire ce programme?

3. Pouvez-vous m'expliquer votre expérience avec ce programme? (vos actions et celles des autres personnes impliquées, les contraintes, les difficultés, les opportunités, les bons coups, les relations qui se sont développées à l'intérieur de ce programme)

4. Quels sont les impacts des interventions que vous réalisez à l'intérieur de ce programme? (ces impacts peuvent se situer à plusieurs niveaux : auprès de la population, des groupes du milieu, de l'équipe du CLSC, etc. Qu'est-ce qui est sujet de satisfaction ou d'insatisfaction)

5. Suite à cette lecture que vous faites de votre expérience, quelles sont les possibilités d'actions pour les organisateurs communautaires et pour les autres acteurs qui travaillent avec les programmes de santé publique?

Données sociodémographiques :

Années d'expérience en organisation communautaire :

Années d'ancienneté à ce CLSC :

Milieu d'intervention (ville, banlieue, région):

Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné(e) _____ accepte de fournir des renseignements dans l'enquête intitulée :

La pratique d'organisation communautaire en CSSS instrumentalisée par les programmes de santé publique?

Étudiante chercheure responsable : Chantal Goyette

Je suis informé(e) que les renseignements obtenus lors de cette enquête sont confidentiels, qu'ils ne seront connus que de l'investigateur principal, que toute publication sera sur l'ensemble des personnes interviewées et jamais sur un cas en particulier.

Après l'analyse des résultats, les données de la recherche seront détruites.

Je reconnais par ailleurs, la possibilité de me retirer de l'étude en tout temps pour des motifs dont je serai le seul juge.

Enfin, je suis informé(e) aussi que le sous-comité de la maîtrise a approuvé ce projet de recherche et que l'observance de leurs recommandations est une condition indispensable à la réalisation de cette recherche.

Signature de l'interviewé(e) Date

RÉFÉRENCES

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2004) *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé-trousse d'information,* 8 pages.

BEAUCHAMP, Gilles. (2003) « Santé publique et consultation », *Interaction communautaire*, no.63.

BERTAUX, Daniel. (2005) *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie,* Armand Colin, Paris, 127 pages.

BOURQUE, Denis. (1989) *L'approche communautaire et l'action communautaire plus qu'un mariage de raison*, RQIIAC – région de Montréal, 34 p.

BOURQUE, Denis. (1997) « Trajectoire de l'organisation communautaire professionnelle », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.10, no.1, p. 59 à 70

BOURQUE, Denis et FAVREAU, Louis. (2003) *Développement des communautés, santé publique et CLSC,* Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série conférences, no 8, Université du Québec en Outaouais.

BOURQUE, Denis. (2004) Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires, Cahier du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), no.04-32, LAREPPS/UQAM – CÉRIS/UQO, 25p.

BOURQUE, Denis, COMEAU, Yvan, FAVREAU, Louis et FRÉCHETTE, Lucie. (2007) L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique. Presses de l'Université du Québec, Québec, 534 pages

COMEAU, Yvan. (1989) « Le réseau de la conscientisation au Québec » *Possibles*, vol. 13, no 4, p.131 à 140.

COMEAU, Yvan et al. (2007) « La pratique de l'organisation communautaire dans le réseau communautaire au Québec » *Intervention,* no.126, p.7 à 19.

CORIN, Ellen E., BIBEAU, Gilles, MARTIN Jean-Claude et LAPLANTE, Robert. (1990) *Comprendre pour soigner autrement*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 258 pages.

CROZIER, Michel et FRIEDBERG, Erhard. (1977) *L'acteur et le système*, Éditions du Seuil, Paris, 432 pages.

DESLAURIERS, Jean-Pierre et BOURGET, Monique. (1997) « Groupes et organisation communautaire. Les passerelles de l'intervention », *Service social*, vol, 46, no 2-3, p.77-100

DESLAURIERS, Jean-Pierre et SÉVIGNY, Richard. (1999) « L'organisation communautaire au temps de l'exclusion et de l'économie sociale », *Service social*, vol. 47, no.3-4, p. 317-347

DESROSIERS, Georges, GAUMER, Benoît et KEEL, Othmar. (1998), *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté 1926 – 1975*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 187 p.

DORÉ, Gérald et LAROSE. Claude. (1979) « L'organisation communautaire : pratique salariée d'animation des collectivités au Québec », *Service social*, vol. 28, p. 69 à 96.

DOUCET, Laval et FAVREAU, Louis. (1991), *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 468 p.

FAVREAU, Louis et HURTUBISE Yves. (1993) *CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 211 p.

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC (1991) *Document de réflexion no. 3 L'action communautaire*, 46 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, secrétariat à l'action communautaire autonome, (2001) *L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec,* 53 p.

GILLET, Jean-Claude. (1995) *Animation et animateur, Le sens de l'action*, Paris, L'Harmattan, 326 p.

GUAY, Lorraine, REICHHOLD, Stephen et BÉLANGER, Lucie. « Quelle place occupera l'action communautaire autonome au Québec » *Le Devoir*, 6 août 2003.

HURTUBISE, Yves, BEAUCHAMP, Gilles, FAVREAU, Louis ET FOURNIER, Danièle. (1989) *Pratiques d'organisation et de travail communautaire en CLSC*, RQIIAC, 92 p.

HURTUBISE, Yves. (1994) « L'action communautaire en CLSC : problèmes et enjeux », *Intervention,* numéro 83, p.51 -57.

KAMINSKI, Dan, DIGNEFFE F, ADAM C, CAUCHIE J-F, DEVRESSE M-S, FRANCIS V. (2001) « L'instrumentalisation dans les pratiques pénales, constructions et déconstruction d'un concept », *Sociologie et sociétés*, vol. 33, no 1, p. 27 à 52.

LACHAPELLE, René. (2003) *L'organisation communautaire en CLSC, Cadre de référence et pratiques,* Presses de l'Université Laval, Saint-Nicholas (Québec), RQIIAC, 293 pages.

LACHAPELLE, René. (2004) *Retrouver notre capacité d'initiative Le développement des communautés et l'État libéral*, Université du Québec à Chicoutimi. Non publié.

LA FRANCE, G., et LESEMANN, Frédéric. (1980) *Modèles d'organisation communautaire: pratiques et idéologies dans les Centres locaux de services communautaires de la région de Montréal*, Montréal, École de Service social. Non publié.

LAMOUREUX, Jocelyne. (1994) *Le partenariat à l'épreuve*, Éditions Saint-Martin, Montréal, 235 pages.

LARIVIÈRE, Claude (2005) « Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale », *Interaction Communautaire*, no. 70, automne 2005, p. 13 à 16.

LÉVESQUE, Benoît et VAILLANCOURT, Yves. (1998) *Les services de proximité au Québec : de l'expérimentation à l'institutionnalisation*, UQAM, Cahier du CRISES, 18 pages.

LÉVY, Ron. (1994), « Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives », *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol. no.1, p.92 à 100.

LINTEAU, Paul-André, DUROCHER, René, RICART, François et ROBERT, Jean-Claude. (1989) *Histoire du Québec contemporain. Le Québec depuis 1930*, tome 2, Québec, Boréal, 825 p.

MAYER, Robert, OUELLET, Francine, SAINT-JACQUES, Marie-Christine et TURCOTTE, Daniel. (2000) *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Gaëtan Morin éditeur, Québec, 409 pages.

MÉDARD, Jean-François. (1969) *Communauté locale et organisation communautaire aux États-Unis*, Cahiers de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris, Ed. Armand Colin, 314 pages.

MINTZBERG, Henry. (1982) *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les éditions d'organisation, 434 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001) *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, Axes d'intervention, Actions,* 57 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004a) *Programme national de santé publique 2003-2012 Version abrégée,* 40 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004b) *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Résumé*, 23 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004c) *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, 87 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004d) *Chez soi : Le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile,* 41pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004e) *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile Cadre de référence*, 62 pages.

PANET-RAYMOND, Jean. (1991) « Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires : un défi pour la formation en travail social », *Service social*, vol.40, no 2, p.54 à 75.

PARAZELLI, Michel. (1990) « Pour ajouter de la misère à la vie, L'impact d'une épidémiologie sociale-étatique sur l'action communautaire et les problèmes sociaux », *Service social*, vol. 39, no.2, p.175 à 187.

PARAZELLI, Michel, HÉBERT, Jacques, HUOT, François, BOURGON, Michèle, GÉLINAS, Carol, LAURIN, Claudine, LÉVESQUE, Sylvie, RHÉAUME, Marie et GAGNON, Sylvie. (2003) « Les programmes de prévention précoce, Fondements théoriques et pièges démocratiques », *Service social*, vol. 50, no.1, p.81 à 121.

PERETTI-WATEL, Patrick. (2004) « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, vol. 45, no1, p.103-132.

RENAULD, Gilbert. (1997) « L'intervention : de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet » in *L'intervention : les savoirs en action,* sous la direction de Claude Nélisse, Presses de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), p. 149 à 164.

ROTHMAN, Jack, ERLICH, John L. et TROPMAN, John E. (1995) *Strategies of community intervention. Macro Practice*, Illinois, F.E. Peacock , 464 pages.

RQIIAC MONTÉRÉGIE. (2000) « Position du RQIIAC Montérégie concernant les programmes de la Direction de la santé publique », *Interaction communautaire*, no. 55.