

**Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales**

***CAHIERS DU LAREPPS***

**No 07-12**

**Le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC),  
une politique publique de financement innovante**

**par  
Christian Jetté**

**École de travail social  
Université du Québec à Montréal**

**LAREPPS/UQAM  
Décembre 2007**

## Table des matières

Introduction .....	1
1. Le tiers secteur dans le domaine sociosanitaire .....	2
2. Les années 1970 : un mode d'institutionnalisation axé sur l'intégration hiérarchique et l'étatisation des pratiques des organismes communautaires .....	5
3. Les années 1980 : l'expérimentation de nouveaux processus d'institutionnalisation sectorielle .....	10
4. Les années 1990 : la codification d'un nouveau mode d'institutionnalisation partenarial .....	17
5. Les années 2000 : continuités et ruptures.....	20
Conclusion.....	22
Références .....	23

## **Introduction**

Depuis la fin des années 1960, les organismes communautaires ont joué un rôle non négligeable dans l'évolution et la prestation des services en santé et services sociaux au Québec. Pour preuve, la création des centres locaux de services communautaires (CLSC), en 1973, découle d'une volonté de l'État québécois d'institutionnaliser certaines innovations sociales développées dans les cliniques populaires de santé et dans des groupes de services sociaux que nous associons au tiers secteur. Ces innovations renvoyaient à la participation populaire, aux formes d'organisation du travail et aux modes de coordination à l'œuvre au sein de ces organismes qui favorisaient la création du lien social et l'expression d'une démocratie participative et délibérative.

Mais les structures bureaucratiques du secteur public n'ont pas permis de conserver dans toute leur ampleur les innovations présentes au départ dans ces organismes. Une bonne part de ces innovations a été asphyxiée par l'organisation hiérarchique et la prestation de services standardisée inhérente à l'expansion du providentialisme. Le maintien et le développement des innovations dans ces organismes exigeaient un mode d'institutionnalisation plus souple et plus respectueux des modes de coordination dominants au sein de ces groupes.

À cet égard, le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), créé en 1973 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, deviendra une des principales voies par laquelle transitera l'institutionnalisation des innovations suscitées par les pratiques des organismes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce programme de financement constituera donc lui-même une innovation (par son mode d'attribution et ses conditions d'octroi des argent). Le développement de cette innovation ne se réalisera toutefois pas de manière spontanée et concertée. Elle se construira pièce par pièce sur une période s'étalant sur presque 30 ans et mobilisera non seulement les acteurs issus des milieux communautaires, mais aussi d'autres provenant de l'intérieur même de la fonction publique et des milieux politiques. Elle sera d'abord expérimentée sectoriellement, pour finalement se généraliser à l'ensemble du champ sociosanitaire et, par la suite, trouver une application encore plus large à l'ensemble des ministères du gouvernement québécois.

Ce texte vise donc à retracer les principales étapes de construction de cette innovation institutionnelle et d'en identifier les principales conditions de développement et d'institutionnalisation, afin de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans le transfert, vers le secteur public, d'innovations sociales produites par le tiers secteur communautaire. Nous découperons cette synthèse en quatre grands blocs chronologiques qui nous apparaissent révélateurs des transformations qui ont marqué les rapports entre les organismes communautaires et l'État québécois dans le domaine sociosanitaire. Ce faisant, nous mettrons en perspective les caractéristiques particulières de ces structures partenariales qui constituent, à nos yeux, un élément fondamental du modèle québécois de développement social. Mais avant d'amorcer notre analyse, il nous faut d'abord faire quelques brèves remarques sur la problématique et les aspects théoriques de nos travaux de recherche.

## 1. Le tiers secteur dans le domaine sociosanitaire

Au Québec, le secteur public (avec son principe de redistribution) occupe, depuis les années 1970, une place prépondérante dans la dispensation des services de santé et des services sociaux. Il n'est toutefois pas le seul à participer à cette prestation de services. D'une part, le secteur privé (agences, cliniques médicales et résidences d'hébergement, notamment), associé au principe marchand, et, d'autre part, le tiers secteur (OSBL et coopératives) et le secteur domestique (familles, proches, bénévoles), associés au principe de réciprocité, jouent un rôle croissant dans le domaine des services sociosanitaires (Vaillancourt et Jetté, 1997).

Ainsi, les organismes du tiers secteur sont présents depuis fort longtemps dans le domaine des services sociaux et de santé, même si les formes de cette participation et leur désignation ont pu varier dans le temps : groupes populaires, groupes de services, organismes communautaires (Bélanger et Lévesque, 1992). À la différence des trois autres secteurs dominés par un principe de comportement économique, le tiers secteur favorise « la coexistence ainsi que la combinaison de différentes rationalités » (Evers, 2000 : 572). C'est pourquoi on parlera davantage d'économie plurielle pour caractériser la dynamique de fonctionnement de ces organismes. Au Québec, ces derniers interviennent de manière prépondérante dans le domaine des services sociaux et de bien-être.

L'émergence des organismes communautaires, que nous associons de manière plus large au tiers secteur (Bélanger, 1999), a permis de « sortir de l'alternative entre privatisation et étatisation » pour résoudre la crise du système (Vaillancourt, 1996; Vaillancourt et Jetté, 1997). La présence accrue de ces organismes dans la prestation de services aux personnes ayant des incapacités (physique, psychologique, cognitive ou intellectuelle) a rendu possible, en effet, l'introduction de certains traits de l'économie plurielle dans le domaine sociosanitaire.

Cette hybridation des ressources est déterminante dans un contexte où défenseurs de la privatisation et de l'étatisation s'affrontent de manière récurrente, depuis une quinzaine d'années, afin d'insuffler au système une orientation convergente avec leur vision du bien commun et de l'intérêt général. Les promoteurs des organismes du tiers secteur ont toutefois de la difficulté à se faire entendre dans ce débat dominé, d'une part, par d'influents associations professionnelles et médicales (Marmor, Barer et Evans, 1996) et de puissantes organisations syndicales vouées le plus souvent à la défense du providentialisme (Rochon, 1988) et, d'autre part, par des chantres du libéralisme économique qui proclament les vertus de la privatisation (Robert et Paradis, 2006; Migué, 1999). Selon certains observateurs, les représentants du tiers secteur auraient néanmoins réussi à conquérir un espace de reconnaissance sociale au cours des années 1990. Ainsi, ils ont participé aux deux sommets socioéconomiques de 1996, au même titre que les représentants gouvernementaux, syndicaux et patronaux (Lévesque et Mendell, 1999; Vaillancourt et Favreau, 2000; Neamtan, 2001).

Leur présence accrue sur la scène sociétale est donc indissociable de la crise de l'État providence et du double déficit de participation (usagers et producteurs de services). Par l'entremise de leurs formes organisationnelles et institutionnelles, et sous l'impulsion des nouveaux mouvements sociaux, ces organismes issus du tiers secteur favorisent la participation des personnes au

processus de décision et à l'organisation de services ou d'activités visant à combler des besoins laissés en suspens par les secteurs privé et public (Laville et Sainsaulieu, 1997). Ces services parviennent à s'adapter aux situations et aux besoins particuliers des personnes précisément parce qu'ils émergent « d'une impulsion réciprocaire [et qu'ils] opèrent une construction conjointe de l'offre et de la demande dont la consolidation passe par la combinaison avec les principes du marché et de la redistribution » (Laville, 1992 : 151).

Leur construction conjointe relève alors à la fois de professionnels (organisateurs communautaires, leaders locaux, etc.) et de personnes aux prises avec des besoins non comblés qui s'unissent au sein d'un mouvement social pour dénoncer cette situation et réclamer le soutien des pouvoirs publics pour mettre sur pied des activités ou des services permettant de répondre à cette demande sociale. Dans le domaine sociosanitaire québécois, la pérennité de ces expérimentations passe ensuite bien souvent par la reconnaissance, par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou un autre organisme gouvernemental, de la pertinence des services livrés et l'obtention de financement susceptible de permettre l'embauche d'un certain nombre de salariés qui pourront se joindre ou prendre la relève des promoteurs bénévoles (Lévesque, 1997).

Cette nouvelle étape reflète alors le passage de l'expérimentation à l'institutionnalisation qui peut se réaliser sous le mode de l'étatisation, tant dans le financement, la régulation que dans la production des services (ce qui fut le cas des CLSC), ou sous la forme de politique de soutien financier accordé à des associations ou à des coopératives (Lévesque et Vaillancourt, 1998). Dans ce dernier cas, l'évaluation et les conditions de financement deviennent l'objet de négociations et de compromis entre les acteurs sociaux (Bouchard *et al.*, 2001a ; 2001b ; Midy, 2001), dans un contexte institutionnel marqué toutefois par des rapports de force asymétriques. Les enjeux relèvent alors des tensions inhérentes au respect, d'une part, de l'intérêt général, du bon usage des fonds publics et des complémentarités établies avec les objectifs de santé publique et de politiques sociales édictés par l'État (incluant la programmation des services publics) et, d'autre part, de la reconnaissance des innovations sociales portées par les associations, de l'originalité de leurs formes organisationnelles et institutionnelles et de l'autonomie de leur action par rapport à une programmation centralisée.

Dans le contexte actuel de vieillissement des populations, de pressions à la hausse sur les budgets du système public et de préférences exprimées par les personnes ayant des incapacités ou en perte d'autonomie pour le maintien dans leur milieu de vie naturel, il est indéniable que les caractéristiques organisationnelles et institutionnelles des organismes du tiers secteur ont fortement contribué à accroître leur présence dans le domaine des services de proximité. Compte tenu de ces caractéristiques, ces organismes sont particulièrement aptes à générer de nouvelles solidarités de proximité et à mettre en place des activités et des services davantage en conformité avec certains besoins des personnes et des communautés non comblés par les ressources publiques et privées, et le plus souvent à une fraction du coût engendré pour le même type d'activité par le secteur public (Mathieu *et al.*, 2001).

Le sens de cette participation du tiers secteur fait toutefois l'objet d'âpres débats. Si certains y voient effectivement une avancée du principe de réciprocité au sein d'un nouveau modèle de développement « solidaire » (Lévesque, 2004; Vaillancourt et Jetté, 2001; Vaillancourt et Favreau, 2000), d'autres considèrent plutôt ces transformations comme une manifestation de politiques néolibérales favorisant le démantèlement des services publics au profit d'organismes ayant surtout le mérite de livrer des services à moindres coûts (Shragge, 2006; Boivin et Fortier,

1998). D'autres encore demeurent « ambivalents » par rapport au sens à donner à cette présence accrue des organismes communautaires, identifiant bien des mérites à ce tiers secteur communautaire, mais craignant sa récupération par l'État central au profit d'une programmation centralisée (White, 2001, Fournier, 1997; Panet-Raymond, 1994).

Pour tenter d'apporter une analyse originale à cette problématique fortement chargée d'un point de vue idéologique et politique, nous avons fait appel à un cadre théorique à trois volets qui permet d'analyser les interactions complexes à l'œuvre au sein des processus de construction des formes institutionnelles et organisationnelles structurant la société : la théorie des mouvements sociaux, pour les rapports entre les acteurs sociaux (Neveu, 2002; Touraine, 1999; Melucci, 1997; Hamel, 1997); l'approche de la régulation, pour les compromis institutionnalisés s'établissant entre ces acteurs (Boyer et Saillard, 2002; Lipietz, 2001 ; Bélanger et Lévesque, 1991); et l'approche de l'économie des grandeurs, pour l'identification des formes de coordination à l'œuvre dans les organisations publiques et celles du tiers secteur (Boltanski et Chiapello, 1999; Enjolras, 1994; Boltanski et Thévenot, 1991). Ces approches sont cohérentes entre elles parce qu'elles reconnaissent une capacité d'action aux acteurs sociaux dans leurs transactions avec l'État ou entre les acteurs eux-mêmes. Elles ne présument pas de sens univoque à l'histoire et admettent l'existence d'une pluralité parmi les formes sociales et économiques ainsi que parmi les logiques d'action qui régissent les sociétés industrielles. Balisée à partir des trois dimensions de l'action collective (soit la dimension des rapports sociaux, la dimension institutionnelle et la dimension organisationnelle), la mise en opération de ces divers cadres théoriques a permis d'articuler de manière cohérente l'examen des rapports entre le tiers secteur et le secteur public dans le domaine sociosanitaire et de rendre compte de la globalité et de la complexité des phénomènes que nous avons étudiés.

Cette recherche a exigé la réalisation d'une quarantaine d'entrevues avec des informateurs clés des milieux communautaires et du secteur public dans dix régions du Québec. Elle a aussi nécessité l'analyse de nombreux documents produits par diverses composantes du secteur public et du tiers secteur<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Pour des précisions méthodologiques, voir le chapitre 2 de la thèse de doctorat de Jetté (2005).

## 2. Les années 1970 : un mode d'institutionnalisation axé sur l'intégration hiérarchique et l'étatisation des pratiques des organismes communautaires

C'est au cours des années 1970 qu'ont véritablement pris leur envol les organismes communautaires « modernes » au Québec, c'est-à-dire des associations sans but lucratif détachées des anciennes traditions de charité cléricale et enracinées dans une participation citoyenne voulant répondre à des besoins non satisfaits par l'État, le marché et la famille. L'État québécois s'est alors intéressé à certaines de ces pratiques communautaires qui ont fait l'objet d'un processus d'institutionnalisation lors de la réforme Castonguay-Nepveu, en 1971, et qui sont devenues les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Cette institutionnalisation a toutefois été fortement marquée par certains principes d'action associés généralement au providentialisme, ce qui a restreint la capacité des CLSC à maintenir les innovations sociales présentes au départ dans les cliniques communautaires (Bélangier, Lévesque et Plamondon, 1987).

En fait, les principes d'efficience et d'efficacité associés au système public trouvaient désormais leur extension au sein de dispositifs normés et centralisés et dans une programmation de services standardisés associés au déploiement d'un modèle bureaucratique et techniciste. Cela n'avait rien de surprenant si l'on considère que, dans le modèle de développement fordiste et providentialiste, le progrès social constitue en quelque sorte le prolongement naturel du progrès technologique (Lipietz, 1989). Les formes de gestion et les modes de structuration adoptés par le système sociosanitaire, à la suite de la réforme Castonguay-Nepveu, répondaient incidemment à des impératifs de mesures, de normes et de contrôle scientifique; par exemple, l'adoption du *Planning Programming Budgeting System (PPBS)* ou l'implantation de la méthode de budget global (MAS, 1972). Dans une telle conjoncture, il était donc difficile d'envisager un compromis qui fasse réellement place aux dynamiques réciproques et autonomistes du tiers secteur communautaire tellement les potentialités des dispositifs techno-bureaucratiques semblaient encore universelles et illimitées pour les instigateurs de la réforme.

Certaines cliniques communautaires mieux enracinées dans leur territoire et certaines communautés locales davantage mobilisées ont réussi, du moins dans un premier temps, à laisser leur empreinte sur les formes structurelles et organisationnelles des CLSC implantés sur leur territoire (Boivin, 1988). Dès lors, ces arrangements particuliers donnaient lieu à la recherche d'une nouvelle articulation entre le modèle centralisé du MSSS et celui, plus souple et « localisé », promu par les cliniques communautaires. Les entrevues que nous avons réalisées ont montré que dans les territoires où les groupes populaires étaient bien établis, les promoteurs de CLSC ont dû négocier l'implantation de ces établissements et faire des compromis avec les représentants des groupes populaires (comme le financement de postes, l'attribution de locaux aux groupes du quartier, ou la mise en disponibilité de matériel informatique). Mieux encore, dans certains territoires, la programmation de services du CLSC reflétait les préoccupations du milieu en intégrant certains éléments de programme spécifiques aux besoins locaux de ces communautés (Entrevues nos 36, 37, 38 et 39).

À plusieurs égards, on peut dire que la situation particulière de ces CLSC était davantage représentative du compromis général que le MAS souhaitait initialement conclure avec les

groupes populaires, à savoir l'obtention d'une certaine sécurité financière pour les groupes populaires, par l'institutionnalisation-étatisation de leurs pratiques, en échange du transfert de leur expérience et de leur participation à la définition des services (Godbout et Martin, 1974). Mais même ces arrangements particuliers et locaux, au demeurant fort peu nombreux, allaient éventuellement devoir se soumettre aux nouvelles orientations adoptées par le MAS au milieu des années 1970. Ces dispositions, qui s'apparentaient à une véritable tutelle, remettaient sous le contrôle de l'instance centrale la définition de la programmation des CLSC, des dispositions qui seront renforcées en 1987 par les recommandations du rapport Brunet (Favreau et Hurtubise, 1993). En fait, sous prétexte de reprendre en mains certaines situations problématiques et de rendre accessible une gamme de services uniformes sur l'ensemble du territoire québécois, le gouvernement mettait un terme à l'expérience menée, depuis 1973, dans certains CLSC quant à la définition des priorités et des services sur la base d'une concertation avec les acteurs locaux. Le MAS décidait plutôt de revenir à un mode de gestion et à des formes de coordination à caractère autoritaire et hiérarchique (Bélangier et Lévesque, 1990).

Mais peut-être y avait-il, dès le départ, une contradiction indépassable à l'intérieur même des principes de la réforme Castonguay-Nepveu, qui cherchait à amorcer une décentralisation des services tout en intervenant à la marge sur les modes de pratique des professionnels médicaux œuvrant au sein du système. Selon le ministre Claude Castonguay, la loi de 1971 concernait essentiellement l'organisation des services et ne visait pas à modifier substantiellement le contenu des pratiques sociosanitaires et des programmes (Robin, 1984).

La reprise en mains de la programmation des CLSC par le MAS participe ainsi à cette dynamique de centralisation qui s'était déjà fait sentir au moment de la soumission de l'avant-projet de loi en commission parlementaire, qui avait forcé le gouvernement à renoncer à la mise sur pied d'instances régionales (Von Schoenberg, 1973). L'épisode des CLSC rend compte d'un renforcement de cette dynamique au cours des années 1970. Ce faisant, on tend toutefois à rendre caducs les termes du compromis lié à l'institutionnalisation des groupes populaires par laquelle le MAS disait souhaiter le transfert de certaines innovations au sein des nouveaux CLSC. Ces innovations avaient principalement un caractère immatériel (donc plus difficilement mesurable et contrôlable) (Godbout et Collin, 1977). Elles prenaient la forme de capacités de mobilisation, de participation et d'interaction de proximité (création du lien social par le don) visant à instituer une cogestion des services entre professionnels et usagers qui devait permettre une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de services. Pour se déployer pleinement, ces dispositifs immatériels avaient besoin d'un cadre d'action souple, décentralisé, offrant des marges de manœuvre par rapport aux programmes nationaux.

Or, une fois ces innovations soumises à une programmation centralisée et à une approche hiérarchique — chose faite à partir de 1976 —, la conjoncture devenait paradoxalement plus favorable à l'essor des organismes du tiers secteur qui pouvaient revendiquer le manque d'autonomie de l'action communautaire à l'intérieur des CLSC pour revendiquer le soutien de leurs propres infrastructures. Les défaillances du processus d'institutionnalisation des cliniques communautaires ouvraient ainsi de nouveaux espaces de contestation, particulièrement pour les groupes populaires de services qui s'étaient toujours dissociés ou qui n'avaient maintenu qu'une appartenance fragile au compromis providentialiste.

En fait, ce sont les formes de la participation des organismes du tiers secteur à la prestation générale des services sociaux et de santé qui ont dû être revues à la suite de l'échec partiel du processus d'institutionnalisation des cliniques communautaires et des groupes populaires de

services sociaux. Ce processus avait été défini, à l'instar de l'ensemble des institutions sociosanitaires, par une forte poussée d'étatisation du système à la fois sur le plan de la régulation, du financement et de la production des services.

Avec le recul, on peut se demander ce qui avait poussé les artisans de la réforme à choisir un tel mode d'institutionnalisation ? Pourquoi, en effet, ne pas avoir répondu favorablement aux revendications de certaines cliniques communautaires et aux groupes de services sociaux qui souhaitaient conserver leur statut d'organisme autonome et le contrôle de leur organisation (Boivin, 1988) ? En d'autres termes, pourquoi le processus d'institutionnalisation des cliniques communautaires s'est-il traduit par l'étatisation de leurs activités et par leur intégration au secteur public ?

Trois facteurs principaux sont à l'origine de cette décision. D'abord, dans un contexte marqué par le passage du libéralisme au providentialisme, toute forme organisationnelle et institutionnelle présentant certains caractères isomorphiques avec les formes structurelles du régime libéral était considérée comme suspecte aux yeux des réformateurs du système (Bélanger, 1999). Ce modèle libéral se caractérisait par le développement de services sociosanitaires reposant, en bonne partie, sur un tiers secteur à caractère religieux, faisant largement appel aux ressources bénévoles et à la charité privée. Ce sont précisément les dispositifs hérités du tiers secteur version libérale que remettaient en question les artisans du providentialisme. Ces organismes étaient jugés coupables de paternalisme dans la gestion de leurs services, et de pratiques stigmatisantes laissant libre cours à l'arbitraire et à la discrimination tant dans les modes de pratiques que dans la définition de clientèles dites « méritantes ». Aux yeux des réformateurs du système, il était donc difficilement envisageable de procéder à un mode d'institutionnalisation qui aurait eu pour conséquence de favoriser le développement d'organismes du tiers secteur, même si les caractéristiques de plusieurs de ces organismes avaient peu en commun avec les agences et les autres organisations issues des milieux cléricaux (ce qu'ignoraient, en bonne partie, les artisans de la réforme qui avaient encore une vision traditionnelle du tiers secteur).

Ensuite, l'étatisation des services apparaissait comme la voie royale vers la modernisation du système et l'amélioration des conditions de travail du personnel ainsi que vers l'augmentation du financement des établissements sociosanitaires. À cet égard, plusieurs des principaux acteurs favorisés par le mouvement d'étatisation des services (principalement les regroupements d'établissements publics et les syndicats du secteur public) considéraient d'un mauvais œil le financement d'organismes non étatiques encore associés à des formes d'aide caritatives et charitables, avec tout ce que cela comportait d'incertitudes et d'arbitraire, alors que ces acteurs revendiquaient encore de la part de l'État des ressources supplémentaires pour poursuivre le projet providentialiste. En d'autres termes, on craignait que l'appui à ces organismes se fasse au détriment des diverses catégories d'établissements publics, déjà en concurrence au sein de l'État québécois pour l'obtention des crédits nécessaires à leur développement (Pilon, 1980).

Enfin, on peut dire, sur le plan macrosociologique, que le contexte des années 1970 n'était pas très favorable à l'essor d'une économie plurielle. La domination du principe de redistribution (et, donc, du secteur public) sur l'ensemble de la production des services sociosanitaires était considérée à l'époque comme l'assurance du maintien de l'universalité et de l'accessibilité des services, des préoccupations chères aux promoteurs de la réforme Castonguay-Nepveu qui cherchaient ainsi à remédier aux problèmes de disparité et d'accessibilité qui avaient marqué le modèle libéral. Ce phénomène n'était pas propre au domaine de la santé et des services sociaux.

Il avait, à la même époque, dominé le processus de modernisation des politiques industrielles du gouvernement québécois (Bourque, 2000).

Dans ces circonstances, le programme de soutien aux organismes volontaires (PSOV), créé en 1973 dans la foulée des efforts consentis par le gouvernement pour restructurer et moderniser le MAS (MAS, 1973), avait une mission à caractère davantage palliatif visant à répondre à certains besoins spéciaux et à assumer provisoirement certains services (notamment, en maintien à domicile) en attendant le parachèvement du réseau des CLSC (Pilon, 1979). Or, les demandes de financement acheminées au PSOV augmenteront progressivement au cours de cette période (MAS, 1973-1979), alors qu'au sein des milieux politiques et administratifs, certains commencent à remettre en question la capacité de l'État à répondre à tous les besoins (Pilon, 1979; MAS, 1977; CASF, 1978; entrevue no 5). Qui plus est, le gouvernement québécois décrète un moratoire sur la construction de nouveaux CLSC à partir de 1976 — moratoire qui n'est certes pas étranger au refus des organisations médicales d'appuyer ces établissements —, mais qui se veut aussi une forme de reconnaissance des défaillances du processus d'institutionnalisation ayant présidé à leur naissance et qui n'a pas permis de préserver dans toute leur ampleur les innovations présentes au départ dans les cliniques communautaires (Roy, 1987).

Le PSOV fait donc l'objet d'un développement non planifié au cours des années 1970, son évolution s'opérant selon des impératifs d'ordre transitoire ou circonstanciel ne répondant à aucun plan bien précis du MAS. Mais compte tenu de la persistance de leurs activités au sein du système sociosanitaire, la question des rapports entre le ministère et les groupes populaires de services n'allait pas tarder à se poser de nouveau. Dès la seconde moitié des années 1970, le MAS sent d'ailleurs le besoin de réajuster le tir dans le dossier des organismes dits volontaires ou bénévoles. Cette évolution de la politique du ministère envers ces organismes survient au moment où le Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF) publie deux avis (1976; 1978) favorables au soutien gouvernemental de leurs activités dans le cadre d'un programme assurant, cette fois, le maintien de leur autonomie et de leur spécificité. Ce nouvel intérêt manifesté par le MAS à l'égard du tiers secteur, quoiqu'encore timide, survient — coïncidence ou pas — au cours du moratoire imposé aux CLSC (1977-1981). Il survient également au moment où se présente un nouveau contexte budgétaire dans lequel le gouvernement tente de mieux contrôler l'accroissement des dépenses consacrées à sa mission sociosanitaire.

Dès lors, cette nouvelle conjoncture rend compte d'intérêts suffisamment convergents pour susciter l'amorce d'une redéfinition des rapports entre le MAS et les organismes du tiers secteur communautaire. Le premier élément concret de cette redéfinition des rapports sera la publication, en 1979, de la Politique de services à domicile qui inscrit, pour la première fois dans une politique publique, l'apport des organismes dits « bénévoles » à la prestation de certains services (MAS, 1979).

Néanmoins, tant au sein de l'unité administrative responsable du PSOV que sur le plan ministériel (que ce soit Claude Castonguay, Claude Forget ou Denis Lazure), on a peine à sortir d'une vision strictement bénévole et charitable des organismes. La Politique de services à domicile de 1979, pour ne prendre que cet exemple, malgré les avancées certaines qu'elle représente sur le plan de la reconnaissance des organismes communautaires, véhicule encore l'image d'un tiers secteur communautaire axé principalement sur le bénévolat et le soutien relationnel. Le gouvernement québécois semble ignorer, ou à tout le moins être plus ou moins intéressé par les pratiques de mobilisation collective et les pratiques alternatives qui caractérisent les groupes populaires de services.

La liste des organismes subventionnés par le PSOV, à cette époque, montre d'ailleurs que peu d'organismes issus des nouveaux mouvements sociaux trouvent un soutien financier dans le cadre de ce programme (MAS, 1974-1978). Il faudra attendre 1978 pour voir certaines expérimentations issues du mouvement des femmes recevoir un appui de la part du MAS (MAS, 1978). Jusque-là, ces groupes, comme plusieurs autres émanant du mouvement des jeunes, par exemple, avaient dû compter sur le financement privé ainsi que sur les programmes d'employabilité du gouvernement fédéral pour maintenir et développer leurs activités (Godbout et Collin, 1977). Signe de l'intérêt mitigé que le tiers secteur pouvait inspirer au MAS, les budgets du PSOV, qui étaient à peine d'un peu plus d'un million de dollars en 1972-1973, connaîtront une croissance bien inférieure à celle de l'ensemble du ministère au cours des années 1970. Alors que le budget total du MAS quadruplait de 1970 à 1979 (soit 400 % d'augmentation), celui du PSOB connaissait un accroissement de seulement 76 % au cours de la même période (MAS, 1973-1980). De toute évidence, le tiers secteur constituait encore un acteur marginal au sein du système sociosanitaire des années 1970.

### 3. Les années 1980 : l'expérimentation de nouveaux processus d'institutionnalisation sectorielle

Les années 1980 sont le théâtre d'une grave récession économique en même temps qu'elles constituent le point de focalisation d'une crise plus structurelle associée à l'épuisement des modes de production et de consommation hérités du fordisme et du providentialisme. Dans le domaine sociosanitaire, cette crise est exacerbée par les nouveaux mouvements sociaux qui remettent en question la centralisation du système, sa programmation de services standardisés, les aspects hégémoniques et hétéronomes de la médecine techno-scientifique, ainsi que les rapports hiérarchiques et passifs qui caractérisent les modes de production et de consommation des services (Jetté *et al.*, 2001; Bélanger et Lévesque, 1990). Afin de bien distinguer les revendications des acteurs associés aux nouveaux mouvements sociaux de celles portées par les groupes manifestant un plus grand attachement aux arrangements providentialistes, nous aurons recours aux concepts de critique sociale et de critique artiste, développés par Boltanski et Chiapello (1999). Cet emprunt conceptuel permettra de sortir des analyses politiques traditionnelles (droite-gauche) qui ne permettent pas, à notre avis, de rendre compte de la réalité mouvante et de la complexité des dynamiques sociales et culturelles qui marquent le développement des sociétés post-fordistes.

Au Québec, la critique sociale recouvre l'action de mouvements sociaux soutenue par des principes de solidarité collective, en réaction à l'égoïsme et à l'individualisme qui marqueraient, à l'opposé, la dynamique de fonctionnement de l'économie marchande. Historiquement, ce mouvement a regroupé autour de son projet de société les organisations syndicales, diverses composantes de la gauche chrétienne (années 1960 et 1970) et les organisations marxistes (années 1980). Cette critique met de l'avant des revendications à caractère universel axé sur *l'égalité* des individus et des groupes, *la sécurité* d'emploi et *la collectivisation* des risques sociaux associés à la régulation marchande. Les acteurs de la critique sociale ont été parmi les principaux promoteurs de l'édification de l'État providence au cours des années 1960 et 1970. Ils deviendront aussi d'ardents défenseurs du projet providentialiste au cours des années 1980 et 1990, au moment où sont remis en question plusieurs des arrangements institutionnels propres à ce modèle de développement social (par exemple, la Coalition Solidarité santé). Dans le domaine des services sociosanitaires, leur projet politique est dominé par une extension et une domination du rôle du secteur public à la fois sur les plans de la régulation, du financement et de la production des services sociosanitaires.

La critique artiste, quant à elle, est soutenue par des principes et des valeurs ayant émergé des nouveaux mouvements sociaux (mouvement contre-culturel, mouvement des femmes et mouvement des jeunes, notamment). Elle fait la promotion de principes d'action tels la création, l'innovation, l'individualité et l'autonomie. Les acteurs sociaux porteurs de cette critique (groupes de femmes, groupes populaires et thérapeutes liés aux médecines alternatives, entre autres) ont revendiqué, dès le début des années 1970, le maintien d'espace de liberté et d'autonomie afin d'être en mesure d'expérimenter de nouveaux modes de vie et de nouvelles pratiques sociales. L'application de ces principes remettait en question plusieurs formes structurelles du providentialisme. La bureaucratisation des organisations publiques, la

déshumanisation des services, le caractère hétéronome des pratiques et la domination des rapports de production sur les rapports de consommation constituaient autant d'obstacles à la mise en œuvre du projet de société porté par les tenants de la critique artiste, un projet davantage favorable à la cogestion (producteurs et usagers) ou, dans sa version plus radicale, à l'autogestion des organisations sociosanitaires. Leurs revendications porteront alors sur une régulation plus souple des instances centrales, un soutien public aux initiatives populaires et une diversification des producteurs de services. Cette dernière proposition signifiait donc l'acceptation d'une plus grande pluralité d'acteurs sociaux dans la production des services (entreprises privées, praticiens des médecines douces, coopératives, associations, etc.) et la fin du quasi-monopole public institué par la réforme Castonguay-Nepveu (que les acteurs de la critique autonomiste avaient d'ailleurs toujours combattu et dénoncé).

Cette distinction entre les acteurs sociaux porteurs de la critique sociale et ceux associés à la critique artiste permet ainsi de mieux comprendre les facteurs sociaux et culturels à l'origine des déchirements survenus au sein des mouvements de gauche au cours des années 1980. À la lumière de cette relecture des événements survenus au cours des années 1970 et 1980, on comprend désormais que cette rupture était déjà inscrite dans les fondements mêmes de la contestation du modèle de développement libéral (Côté et Harnois, 1978). Les grands mouvements de masse et les luttes communes menées par les diverses composantes de la critique (syndicats et groupes populaires), au début des années 1970, avaient permis, pour un temps, de masquer ses divergences et de rendre difficile l'identification des lignes de fracture idéologique qui marquaient leur projet respectif (Bélanger et Lévesque, 1987). La crise structurelle des années 1980 allait toutefois les faire surgir d'une manière aussi soudaine qu'inattendue. Plusieurs acteurs sociaux associés à la critique sociale, notamment l'acteur syndical, s'enfoncent alors dans un désarroi politique qui allait les maintenir, du moins pour un temps, dans une position défensive face aux propositions de renouvellement des institutions providentialistes, peu importe que ces propositions aient été soumises par les tenants d'un retour au libéralisme ou par des groupes, comme les organismes communautaires, préoccupés de trouver des voies alternatives au libéralisme et au providentialisme (Désy *et al.*, 1980).

La résurgence du tiers secteur communautaire, au cours des années 1980, n'était donc pas étrangère à sa capacité de combiner de manière originale les principes de la critique sociale et ceux de la critique artiste. Plus précisément, nous pensons qu'au cours des années 1980, dans le domaine sociosanitaire au Québec, les arrangements institutionnels du PSOC ont graduellement pris de l'importance parce qu'ils rendent compte de l'instauration progressive d'un nouveau compromis entre l'État (et son prolongement dans le MSSS) et les composantes du tiers secteur communautaire. Ce compromis prendra sa pleine mesure au cours des années 1990. Mais déjà, au cours des années 1980, certains des éléments de ce compromis s'installent progressivement et se cristallisent, d'une part, autour des modalités particulières d'attribution des argents versés aux organismes communautaires par l'entremise du PSOC (augmentation des sommes octroyées aux organismes, financement en appui à la mission globale aux groupes de femmes) et, d'autre part, sur les premières démarches de démocratisation du système par l'entremise d'un nouveau processus de régionalisation et de partenariat en santé mentale (Harnois, 1987). Ce compromis s'appuie ainsi sur une nouvelle articulation des principes d'action qui guident les rapports entre le MSSS et les organismes communautaires et permet, en contrepartie, une certaine contribution des organismes communautaires aux objectifs de santé et de bien-être fixés par le ministère (tout en maintenant leur autonomie à des degrés variables, selon les champs d'intervention). Ce nouveau compromis est donc marqué par les revendications des nouveaux mouvements sociaux (plus de

financement tout en maintenant l'autonomie des groupes) et se distingue ainsi du modèle néolibéral qui tend à instituer une configuration où la mission des organismes est soit entièrement ou en majorité soumise à la programmation d'une instance centrale (sous-traitance), soit exposée à la concurrence d'autres organisations pour l'obtention du financement (quasi-market). Ces orientations néolibérales avaient d'ailleurs séduit certains membres du gouvernement libéral au milieu des années 1980 (notamment l'expérience des *Health Maintenance Organizations [HMO]* américains), mais elles ont été assez rapidement mises de côté devant les résistances, tant du ministère et du gouvernement que de l'opinion publique (Lamarche, 1989).

Ce qui ne veut pas dire que les services sociosanitaires aient complètement échappé à l'influence du monde marchand au cours de cette décennie. D'une part, la rationalisation, par le gouvernement québécois, des ressources financières consacrées à la mission sociosanitaire a créé les conditions propices au renforcement de modes de gestion marchand au sein du secteur public, des modes de gestion réputés plus efficaces et surtout plus efficaces dans un contexte de rareté des ressources (Anctil, 1987; Guérin, 1987). D'autre part, une certaine marchandisation du domaine sociosanitaire s'opérera par l'arrivée, au cours des années 1980, de toute une panoplie de petits producteurs de services indépendants associés aux médecines douces (acupuncteur, ostéopathe, thérapeute de tout acabit) (Bellehumeur, 1985). La dynamique de ces petits producteurs s'apparente davantage à une quête d'autonomie au travail et d'expérimentation de nouvelles pratiques qu'à une prestation de services visant la maximisation des profits. Néanmoins, il s'agit bien d'un échange marchand, puisque les services produits sont monnayés en général selon des tarifs professionnels qui les rendent difficilement accessibles à une partie de la population (Quénart et Saillant, 1990). Les promoteurs des médecines douces ou alternatives ont donc su innover sur le plan des pratiques (principes de la critique artiste), mais n'ont jamais vraiment réussi à faire en sorte que leur démarche fasse l'objet d'une réappropriation collective de la part de l'ensemble de la société, notamment des populations défavorisées ayant pourtant les besoins les plus criants en ce qui a trait à la santé et au bien-être (absence des principes de la critique sociale). Or, — et c'est là un point central de notre argumentaire — les organismes communautaires se sont construits, quant à eux, en ayant le souci de mettre sur pied une offre de services innovante (critique artiste), mais aussi en conservant la volonté d'associer de près les usagers et les communautés à la définition de l'offre de service tout en veillant à en maintenir l'accessibilité et la gratuité dans un souci d'égalité et de justice sociale (critique sociale).

Cette configuration originale des organismes communautaires, tant sur le plan organisationnel qu'institutionnel, n'a pas échappé à certains acteurs sociaux gouvernementaux habitués, de par leurs fonctions, à les côtoyer et à transiger avec elles. C'est ainsi qu'au cours des années 1980, de nouveaux fonctionnaires prennent graduellement la relève des premiers artisans ayant œuvré au PSOV dans les années 1970, ce qui tend à favoriser la diffusion, au sein du MAS, d'une nouvelle approche à l'égard de ces organismes, centrée davantage sur leur potentiel démocratique et alternatif que sur leur dimension caritative et charitable (Entrevues nos 5 et 8). À cet égard, les audiences tenues par la Commission Rochon ont joué un rôle décisif. Elles ont permis aux représentants des milieux communautaires, ainsi qu'à une petite équipe de fonctionnaires œuvrant au sein de l'unité administrative responsable du PSOC, de se faire entendre et de vanter l'expertise et l'originalité de ces organisations (SSOC, 1986).

Se profilait ainsi une nouvelle conjoncture dans laquelle le ministère se montrait à la fois plus favorable au développement d'un tiers secteur ainsi qu'à l'établissement d'un mode d'institutionnalisation plus souple passant par la mise en place de nouveaux modes de

coordination entre le MSSS et les organismes relevant de ce tiers secteur. La reconnaissance publique acquise lors des audiences de la Commission Rochon (Rochon, 1988), les avis favorables émis par le CASF (1976; 1978), l'appui de certains fonctionnaires et même de certains ministres (Entrevues nos 5; 8; 17), la recherche à droite comme à gauche du spectre politique de solutions pour endiguer la croissance des coûts du système sociosanitaire, les revendications exprimées par les tenants de la critique artiste sur le plan socioculturel : tous ces facteurs se sont finalement conjugués pour permettre l'expérimentation de nouveaux modes d'institutionnalisation des organismes communautaires. En outre, ces nouveaux processus d'institutionnalisation ne seraient pas soumis impérativement aux appareillages de contrôle et de mesure des grandes bureaucraties étatiques (normes rigides et standardisées; programmation centralisée; contrôle hiérarchique; etc.) dont la mise en application avait littéralement asphyxié les pratiques innovantes développées dans les cliniques communautaires.

Ces nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux prendront toutefois des formes diverses selon les priorités du ministère et les champs d'intervention. Les maisons de jeunes, par exemple, bénéficieront d'un premier cadre de financement, au milieu des années 1980, qui leur permettra d'obtenir un soutien financier en fonction de leur évolution et de certains besoins particuliers (RMJQ, 1996). Mais c'est par l'entremise de la Politique d'aide aux femmes violentées, adoptée en 1985 (MAS, 1985), que s'institue le premier véritable cadre de référence s'adressant à des organismes issus des nouveaux mouvements sociaux. Celui-ci intègre, cette fois, non seulement les fourchettes de financement dans lesquelles s'inscriront ces ressources, mais aussi les balises générales qui définissent les rapports entre ces organisations et le MAS.

Dès lors, les pratiques innovantes développées par les groupes de femmes étaient soumises à une nouvelle forme d'institutionnalisation plus respectueuse des divers principes d'action à l'œuvre au sein de ces organismes (notamment ceux de la réciprocité, de la participation et de l'innovation). Ce faisant, le processus d'institutionnalisation faisait lui-même l'objet d'une innovation en établissant un mode de reconnaissance plus souple des pratiques issues des organismes communautaires. Cette nouvelle forme d'institutionnalisation permettait ainsi aux organismes venant en aide aux femmes violentées de conserver leur statut d'OSBL, plutôt que d'être convertis en établissement public (comme l'avaient été avant eux les cliniques communautaires) ou en ressources intermédiaires (comme certains fonctionnaires l'auraient souhaité), et de conserver leur autonomie sur les plans organisationnel et institutionnel tout en demeurant admissibles aux subventions du PSOC pour assurer une partie de leur financement de base (MAS, 1985). On reconnaissait ainsi que l'intégration de pratiques innovantes à l'ensemble du système sociosanitaire pouvait se réaliser autrement que par une étatisation complète des processus de production, de financement et de régulation des services. Cette institutionnalisation pouvait désormais s'accomplir en maintenant le cadre statutaire initial des organisations (OSBL, pour la plupart) qui s'avérait davantage propice à la pérennisation des pratiques innovantes, puisqu'il était soustrait aux rigidités et aux contraintes administratives des bureaucraties publiques (les contrôles et la mesure du monde industriel). La généralisation de l'innovation se déployait, quant à elle, par l'entremise d'un financement public variable, en appui à la mission de base des organismes (plutôt que pour des services spécifiques), dans un programme de financement souple et peu contraignant qui permettait aux organisations de préserver les caractéristiques ayant favorisé la conception de cette innovation. Enfin, ce nouveau processus d'institutionnalisation était complété par l'établissement de nouveaux rapports dits partenariaux

(théoriquement négociés) entre l'organisme et le secteur public, dans le cadre des fonctions régulatrices de l'État.

Par ailleurs, les groupes en santé mentale allaient vivre à leur tour un processus semblable de reconnaissance et d'institutionnalisation à la suite de la parution, en 1989, de la Politique de santé mentale (MSSS, 1989b). Il s'en distinguera toutefois sur un certain nombre de points. D'une part, à l'inverse des groupes de femmes, les arrangements qui structurent les rapports des organismes en santé mentale avec le MSSS sont régionalisés et prévoient des mécanismes de participation par l'entremise de comités régionaux chargés de planifier les services sur chaque territoire de CRSSS. D'autre part, leur financement est aussi régionalisé et planifié sur une base triennale, alors que les groupes de femmes n'avaient eu droit qu'à une promesse de renouvellement annuel de leur financement conditionnel à la disponibilité des ressources budgétaires du gouvernement. Enfin, le financement des groupes en santé mentale ne provenait pas du PSOC, mais de la Direction de la santé mentale.

Ces arrangements particuliers avec les groupes de femmes et les groupes en santé mentale s'inscrivaient au sein d'un nouveau compromis entre, d'une part, les dispositifs de mesure et de contrôle bureaucratiques issus du monde industriel (financement conditionnel au respect de certaines règles) et, d'autre part, la participation des usagers et des citoyens à la définition des services (monde civique) ainsi que la mise en place de modes d'intervention souvent novateurs favorables à l'émergence du lien social (monde du don et monde de l'inspiration). À cet égard, les dispositifs de participation démocratique apparaissent comme un élément important du compromis, puisqu'il répondait à des exigences exprimées par les deux parties. Il assurait la participation des usagers aux instances décisionnelles des groupes, un élément fondamental des revendications soutenues par les organisations du tiers secteur communautaire. Il répondait également aux souhaits exprimés par le MAS depuis la commission Castonguay-Nepveu de faire davantage entendre la voix des citoyens-usagers au sein du système sociosanitaire et de palier l'échec des CLSC à cet égard (Rochon, 1988).

Les modalités relatives à la production de certains services par les groupes de femmes, dans la Politique d'aide aux femmes violentées (MAS, 1985) et par les groupes en santé mentale, telles que définies dans la Politique de santé mentale (MSSS, 1989), confirmaient donc l'acceptation, par l'État québécois, du principe d'économie plurielle qui envisage de nouvelles formes d'institutionnalisation pour les organismes du tiers secteur communautaire. Une fois cette évolution en marche, l'accent se déplaçait donc progressivement sur les modes de coordination régissant *les rapports développés avec le secteur public* alors qu'il se situait auparavant sur les modes de coordination accompagnant *leur intégration à l'intérieur du secteur public*, ce qui définit une toute autre perspective. Dans cette optique, on peut donc considérer que le développement du PSOC s'est réalisé à partir de la reconnaissance par le MSSS du principe d'économie plurielle au sein du système sociosanitaire. Il y a donc là plus qu'un simple changement de forme quant aux modes de coordination adoptés : c'est en fait l'objet même de cette coordination qui est resitué dans une nouvelle dimension institutionnelle et sociétale. L'État reconnaît, désormais, quoiqu'encore timidement, la contribution d'autres producteurs de services que ceux provenant du secteur public ou du secteur marchand. Cette question des modes de coordination demeurera ainsi cruciale dans les années qui suivront, puisque c'est autour de la définition de ces modes de coordination que se cristallisera une bonne partie des enjeux définissant les rapports entre le MSSS et les organismes communautaires.

Malgré les aspects innovateurs des modes d'institutionnalisation mis en place pour les groupes de femmes, les rapports que le MSSS développera avec le tiers secteur d'un point de vue organisationnel conserveront néanmoins certains traits distinctifs du modèle providentialisme. Ainsi, le MAS — devenu le MSSS, en 1986 — n'avait pas pour autant renoncé à la gestion centralisée du système, dont celle des rapports avec les organismes communautaires qui s'opérationnaliseraient à partir d'une unité administrative centralisée — le Service de soutien aux organismes communautaires (SSOC) —, responsable de la gestion du PSOC pour l'ensemble des groupes desservis sur le territoire québécois. Par une sorte de « mimétisme isomorphique », le tiers secteur communautaire s'est ainsi organisé sur la base d'une structure par programme définie par le MSSS. Différents secteurs apparaîtront alors successivement et baliseront le développement et le regroupement de ces organisations : services à la communauté; services à la jeunesse; services aux femmes; services à domicile; et santé mentale (MAS, 1981-1985; MSSS, 1986-1989). Les instances de représentation des organismes communautaires s'aligneront alors sur ce découpage administratif sectoriel et prendra la forme de regroupements nationaux rassemblant non seulement des organismes d'un même secteur d'activité, mais aussi, bien souvent, des organismes de nature semblable (par exemple, le Regroupement des maisons de jeunes du Québec; l'R des centres des femmes du Québec; le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale; etc.). Peu d'efforts seront consentis au cours des années 1980, tant de la part du ministère que des organismes communautaires, pour tenter d'apporter un caractère plus régional ou intersectoriel à ces instances de représentation (exception faite du secteur de la santé mentale). Au fil du temps, cette centralisation apparaîtra, pour les regroupements nationaux, comme le meilleur moyen de défendre les revendications de leurs membres (Entrevues nos 15 et 17).

À l'instar de la situation observée au sein des rapports caractérisant les différentes catégories d'établissements, ainsi que les différents groupes de professionnels du secteur public, les rapports entre le MSSS et le tiers secteur ont progressivement été marqués par certaines habitudes institutionnelles et certains effets de mode dans la priorisation des clientèles et des problématiques. La mise à profit de rapports fondés sur les relations d'influence et les effets de mode ou de notoriété est motivée par des considérations stratégiques visant à établir une tête de pont dont le reste du tiers secteur pourrait éventuellement profiter à moyen terme. Ce genre de stratégie aura néanmoins pour effet de favoriser certains groupes par rapport à d'autres, et entraînera des disparités importantes dans la répartition des ressources allouées par le MSSS aux diverses composantes du tiers secteur (Entrevue no 27). En raison de ces disparités qui accompagnent un processus d'institutionnalisation qui se révèle finalement fragmentaire, on peut avancer que les années 1980 ont été le théâtre de nouveaux arrangements institutionnels, mais que ceux-ci n'ont pas impliqué l'ensemble du tiers secteur communautaire. Les avancées les plus intéressantes de ce compromis se sont plutôt appliquées sectoriellement selon les capacités d'influence et la popularité des problématiques couvertes par les diverses composantes du tiers secteur.

Faut-il voir pour autant, dans cette institutionnalisation sectorielle, une politique de cooptation par l'État des éléments les plus dynamiques du tiers secteur afin de faire contrepoids à son désengagement à l'égard de certaines de ses responsabilités en matière de financement et de production de services ? Certainement pas. Malgré un ralentissement de l'augmentation des crédits accordés à la mission sociosanitaire de l'État, au cours des années 1980, et la quête de nouveaux arrangements permettant de rationaliser la production des services, rien ne permet d'affirmer que le virage du MSSS en ce qui a trait aux groupes communautaires répondait en

priorité ou exclusivement à des considérations d'ordre économique. Comme le rapportait en entrevue une leader des milieux communautaires, les possibles économies que pouvait représenter le recours accru aux organismes communautaires n'avaient pas échappé à certains fonctionnaires du MSSS ni aux membres du Conseil du trésor ni au gouvernement en place (Entrevue no 37). Mais réduire cette reconnaissance à une simple équation comptable serait faire fi de l'influence des mouvements sociaux et des capacités de l'acteur social à agir sur les processus menant à la détermination des structures sociales. Ce serait aussi présumer la complète soumission des milieux communautaires à l'appareil administratif et gouvernemental, une lecture à laquelle les résultats de nos travaux nous interdisent de souscrire.

En définitive, les années 1980 constituent une période de transition entre le modèle providentialiste, instauré par la réforme Castonguay-Nepveu, et le modèle d'État accompagnateur (*Enabling State*), d'État partenaire ou d'État stratège qui surgira des réformes entreprises au cours des années 1990 (Noël, 1996; Caillouette, 1994; Vaillancourt, 2007). Cette décennie s'avère le prélude à l'extension des expérimentations faites en matière d'institutionnalisation et de reconnaissance du tiers secteur. Ces expérimentations connaîtront en partie leur dénouement, en 1991, avec la réforme Côté et l'enchâssement, dans la loi, de la participation du tiers secteur communautaire à la production des services sociosanitaires (institutionnalisation d'une économie plurielle) et de la préservation de leur autonomie (institutionnalisation des innovations sociales liée à la participation citoyenne et à la création du lien social) (MSSS, 1990).

#### **4. Les années 1990 : la codification d'un nouveau mode d'institutionnalisation partenarial**

Les années 1990 sont le théâtre de plusieurs initiatives visant à réformer le système, que ce soit par l'avant-projet de loi de Thérèse Lavoie-Roux (MSSS, 1989c), la réforme de Marc-Yvan Côté en 1991 (MSSS, 1990) ou le virage ambulatoire du ministre Rochon (1995-1998). Parmi l'ensemble des politiques adoptées au cours des années 1990, la réforme Côté constitue, sans aucun doute, la plus importante mesure législative de cette période, puisqu'elle transforme considérablement l'exercice des pouvoirs détenus par les divers acteurs au sein du système en mettant en place des instances régionales dotées de véritables pouvoirs, ce que n'avaient pas été en mesure d'accomplir les artisans de la réforme Castonguay-Nepveu. Avec sa réforme, le ministre Côté répondait en quelque sorte aux recommandations de la commission Rochon qui, en 1988, avait soulevé les difficultés liées à la centralisation du système et les blocages institutionnels conséquents à la domination, dans le système public de santé et de services sociaux, du rapport salarial sur le rapport de consommation. Enracinés dans les communautés, déployant leurs activités d'abord sur les plans local et régional, les organismes communautaires ne pouvaient que profiter de cette réforme, d'autant qu'elle s'accompagnait d'une généralisation et d'une codification des modes d'institutionnalisation qui avaient été expérimentés au cours des années 1980. La réforme Côté répondait en partie à plusieurs revendications importantes exprimées par les milieux communautaires depuis les années 1970, tant en ce qui a trait à la reconnaissance politique que du financement des organismes et de la coordination des services (Entrevue no 37).

Pour faire face à cette réforme, les milieux communautaires ont dû modifier leurs structures de représentation qui étaient calquées, en grande partie, sur le mode de gestion par programme adopté par le ministère, au cours des années 1970. À leur traditionnelle représentation sectorielle, les organismes communautaires ajouteront de nouvelles structures représentatives territoriales calquées sur les nouveaux découpages organisationnels et les nouveaux arrangements institutionnels effectués par le ministère. La création des Tables régionales d'organismes communautaires (TROC) découle directement de cette nécessité, pour les groupes, de s'organiser sur une base territoriale afin d'être en mesure de négocier avec les nouvelles régies régionales dans un contexte de régionalisation et de décentralisation (Proulx, 1997). Cette régionalisation venait ainsi chambarder les rapports traditionnels que les regroupements nationaux d'organismes communautaires avaient développés historiquement avec le MSSS. Avec la régionalisation, les enjeux se déplaçaient du côté des régions et des régies régionales qui devenaient les principaux maîtres d'œuvre de la planification, de l'organisation et du financement des services sur les différents territoires (MSSS, 1990).

Le PSOC, quant à lui, sera régionalisé en 1994 (MSSS, 1995). Cette décentralisation administrative du programme suscitera des inquiétudes chez bon nombre d'organismes et de regroupements sectoriels qui craignaient, au départ, de perdre les acquis obtenus (TRPOCB, 1995). Cette décentralisation obligeait également les TROC et les regroupements nationaux à s'entendre sur un compromis sur les revendications à mettre de l'avant auprès des régies régionales. Les cadres de référence négociés sur le plan national par les regroupements

devenaient, pour certains acteurs locaux, un obstacle à la conclusion d'ententes régionales. Les organismes communautaires seront donc forcés de trouver un équilibre entre les dynamiques sectorielles et territoriales qui animaient leurs diverses composantes. Cette recherche de compromis mettra à dure épreuve les solidarités intracommunautaires.

Ces transformations allaient aussi avoir des conséquences inattendues sur les organismes communautaires, dont celle la mise en relief des disparités financières qui ont marqué le développement de leurs diverses composantes, résultat du mode d'institutionnalisation fragmentée mis en œuvre par le ministère au cours des années 1980. Le rebrassage des structures, consécutif à la régionalisation, entraînera ainsi des tensions au sein des milieux communautaires dont les diverses lignes de fracture apparaîtront de manière plus visible au cours des années 1990 (Entrevue no 2).

Mais de façon générale, les années 1990 restent tout de même, pour le tiers secteur communautaire, une période de gains à la fois sur le plan politique et sur le plan financier. Sur le plan politique, la réforme Côté étend en quelque sorte à l'ensemble des organismes communautaires les dispositions négociées sectoriellement, au cours des années 1980, avec certains regroupements nationaux et catégories d'organismes communautaires. Si ces ententes se sont traduites par leur insertion au sein de politiques ministérielles sectorielles, elles se voyaient dorénavant généralisées à l'ensemble des milieux communautaires par leur inscription au sein même des dispositions de la loi de 1991 (LSSSS de 1991, chapitre 42). Une telle reconnaissance à la fois politique et juridique constituait une avancée sans précédent dans l'histoire des milieux communautaires. Plus encore, les organismes communautaires disposaient désormais de quatre sièges sur les conseils d'administration des régies régionales (nouvelles instances régionales de coordination des services), ce qui leur a permis de réaliser d'autres gains sur plusieurs territoires. L'ampleur de ces gains politiques et financiers a toutefois varié selon les stratégies adoptées par les TROC, le degré de réceptivité des régies régionales aux demandes des milieux communautaires et la capacité de mobilisation de ces milieux dans chacun des territoires (Entrevues nos 2-4; 6; 7; 9-11; 13; 18-22; 25-27; 29-31; 33-35).

Sur le plan financier, les acquis sont également indéniables. La réforme Côté et, plus tard, la réforme Rochon<sup>2</sup> (1996-1998) ont donné lieu à des transferts financiers relativement importants en faveur des ressources de première ligne, dont ont profité les CLSC et les organismes communautaires. Le budget du PSOC, notamment, a crû en moyenne de plus de 12 % par année au cours des années 1990, et ce, même en excluant le transfert de crédits de 24 millions de dollars en provenance de la Direction de la santé mentale en 1995 (SSOC, 1991; 1992; 1993; 1994; 1995; 1996; 1997; Services des activités communautaires, 2001; MSSS, 2001b; MSSS, 2004). Qui plus est, une partie de ces augmentations est survenue au moment où le gouvernement québécois appliquait sa politique du déficit zéro et tentait de mettre un frein à l'augmentation des coûts du système en amorçant une opération de réductions budgétaires visant plus particulièrement les établissements hospitaliers et de soins de longue durée. Une partie des sommes ainsi dégagées ont été retournées aux organismes communautaires. La ventilation de ces sommes s'est alors opérée selon des scénarios qui pouvaient aussi varier en fonction des régions.

Malgré les gains obtenus par les milieux communautaires au cours des années 1990, le processus de régionalisation a suscité des réserves et même une franche hostilité de la part de certains éléments du tiers secteur sociosanitaire, sentiments qui perdurent, dans certains cas. Pourtant,

---

<sup>2</sup> Désignée plus communément sous le vocable de « virage ambulatoire ».

compte tenu du type de pratique mis de l'avant par les groupes communautaires — une pratique qui fait appel à des dispositifs d'intervention souples axés sur la proximité des usagers, la connaissance des milieux et l'implication des acteurs locaux —, on aurait pu croire que l'ensemble du secteur aurait d'emblée appuyé une réforme qui tendait à favoriser un rapprochement entre le milieu et le système et à attribuer des pouvoirs supplémentaires aux instances de gouvernance régionale.

Une bonne part des résistances manifestées à l'égard de la régionalisation provenait, à l'époque, de la conviction — encore bien présente dans certains milieux communautaires — que les modes d'interaction directs avec le ministère sont encore le meilleur gage d'une bonne réceptivité des revendications transmises par le tiers secteur au MSSS (Entrevue no 2). Ce type de stratégie n'a rien de répréhensible en soi. Elle a d'ailleurs permis à certains segments des milieux communautaires de faire des gains intéressants, surtout au cours des années 1980. Le problème survient quand cette stratégie devient le principal (ou le seul) mécanisme à partir duquel s'établissent les rapports avec le MSSS, les organismes communautaires renonçant alors à s'inscrire dans une perspective plus large d'un projet démocratique s'adressant non seulement aux personnes et aux communautés visées par leur action, mais aussi aux modalités de leur propre développement en tant qu'acteur social porteur d'un projet de transformation sociale.

Ceci nous amène d'ailleurs à nous interroger sur la relative facilité avec laquelle le gouvernement québécois a pu faire marche arrière depuis 1998 en ce qui a trait aux dispositifs de gouvernance régionale implantés au début des années 1990. Malgré les avantages qu'en ont retirés les organismes communautaires et les établissements de première ligne en général, force est de constater que l'évaluation qu'en font certains au sein des milieux communautaires ne semble pas toujours à la mesure des gains réalisés (que nous avons pu documenter par l'entremise de nos travaux). La centralisation semble ainsi avoir ses adeptes tout au long de la période de gouvernance régionale, et ce, même parmi les organismes communautaires en santé et services sociaux.

Les résultats de nos recherches ont montré que les avantages tirés de cette régionalisation n'ont pas été les mêmes partout. Le processus même de décentralisation qui a marqué cette période s'oppose à toute forme d'analyse globale qui ferait fi des particularités régionales. Néanmoins, nous avons exploré suffisamment de territoires (dix sur les 18 que compte le territoire québécois) et nous avons recueilli suffisamment d'informations sur le plan national pour être en mesure de valider nos observations pour l'ensemble du Québec. Ainsi, les phénomènes de tutélarisation qui ont pu être observés sur certains territoires n'ont pas connu une ampleur telle qu'ils justifieraient une réfutation des termes généraux de notre énoncé qui consacre le fait que la situation politique et financière des milieux communautaires en santé et services sociaux a progressé de manière importante au Québec durant les années 1990. Par contre, le retour au pouvoir du Parti québécois, en 1998, et le remplacement de Jean Rochon par Pauline Marois à la barre du MSSS marquent un tournant dans l'orientation régionaliste insufflée au système depuis la régionalisation de 1991.

## 5. Les années 2000 : continuités et ruptures

Les années 2000 sont marquées à la fois par des éléments de continuité et de rupture dans le processus d'institutionnalisation de l'action communautaire. Continuité d'abord, parce qu'à plusieurs égards, l'adoption de la Politique du Secrétariat à l'action communautaire autonome, en 2001 (SACA, 2001), consacre la reconnaissance de l'apport du tiers secteur communautaire au développement social du Québec. Cette politique généralise, à l'ensemble de l'action communautaire, les principes d'institutionnalisation expérimentés d'abord dans le domaine de la santé et des services sociaux, notamment par la priorisation accordée désormais (du moins en théorie) au financement de la mission globale. L'expertise développée par les organismes communautaires en santé et services sociaux servira ainsi de modèle aux artisans de cette politique et se transmettra aux autres ministères du gouvernement québécois. C'est là un legs fondamental des luttes menées pendant 30 ans par les organismes en santé et services sociaux à l'ensemble des milieux communautaires.

Mais concurremment à cet essor des organismes communautaires au cours des années 2000, des éléments de rupture introduits par certaines politiques publiques viennent jeter une ombre sur les avancées réalisées dans le cadre de rapports partenariaux développés avec l'État au cours de la décennie précédente. Les témoignages recueillis au cours de nos travaux ont montré que le gouvernement québécois adoptait, dès 1998, des pratiques administratives de recentralisation qui venaient, en fait, mettre un terme à l'expérience de régionalisation amorcée en 1991 (Entrevues nos 2; 11; 21; 24; 29; 30). Cette dynamique de centralisation, amorcée sous le gouvernement péquiste de Lucien Bouchard, se concrétisera sur le plan législatif par l'adoption de la loi 24 en 2001, en vertu de laquelle le MSSS diminuait de quatre à un seul le nombre de sièges occupés par les représentants des organismes communautaires au conseil d'administration des régies régionales. Cette loi avait également pour effet de remettre au MSSS l'entière responsabilité de la nomination des membres des conseils d'administration des régies régionales (Gouvernement du Québec, 2001 : chapitre 24).

La loi 24 avait été précédée de diverses dispositions administratives incitant les organismes communautaires à reprendre leur pèlerinage à Québec (même si certains regroupements nationaux n'ont jamais vraiment cessé d'interpeller le MSSS sur cette base), afin d'obtenir l'attention que commandait leur situation financière. Depuis 1998, en effet, les sommes versées par le MSSS à titre de budget de développement avaient toutes été ciblées à partir de priorités nationales visant des clientèles particulières ou des catégories d'organismes spécifiques, ce qui a eu pour effet de transformer les régies régionales en simples relais du gouvernement central plutôt qu'en véritables instances décisionnelles régionales. Ces événements surviennent au moment même où le gouvernement québécois renouait avec l'équilibre budgétaire (et même les surplus), après trois années d'application de la loi sur le déficit zéro (loi 107). Ainsi, le remplacement de Jean Rochon par Pauline Marois à la barre du MSSS coïncidait avec une nouvelle dynamique centralisatrice et hiérarchique et avec de nouvelles actions gouvernementales visant à juguler l'hémorragie budgétaire dans les hôpitaux (Côté, 1999).

Cette dynamique de recentralisation s'intensifiera avec l'arrivée au pouvoir des libéraux, en 2003, et l'adoption des lois 25 (2003) et le projet de loi 83 (2005). La loi 25 (ou réforme

Couillard) avait pour effet de fusionner, sur un même territoire, les établissements sociosanitaires (hôpitaux, CHSLD et CLSC) en une seule institution : le Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Par l'entremise de cette loi, 95 CSSS sont créés, alors que les régies régionales deviennent les agences de santé et de services sociaux, chargées d'assurer l'application des priorités gouvernementales sur chacun de leur territoire et de faire respecter les cadres financiers imposés par le MSSS. Tous ces chambardements se font sous l'égide de la Nouvelle Gestion publique (Larivière, 2005), une école de pensée en administration publique qui fait la promotion de pratiques issues du secteur marchand et qui met l'accent sur l'atteinte de résultats en misant sur l'imputabilité des acteurs impliqués dans la production des services et la mise en place d'incitatifs à la performance. Les nouvelles règles instituées par cette loi (et, plus tard, par le projet de loi 83 qui vient préciser un certain nombre de modalités de la loi 25) remettent en question les rapports de concertation que les organisateurs communautaires de CLSC avaient entretenus historiquement avec les organismes communautaires de leur territoire, pour en faire plutôt des agents de coordination dans le cadre de projets cliniques visant à assurer une intégration des différents producteurs de services sur un territoire de CSSS (Bourque, 2004). En outre, cette loi met en place les dispositions d'un financement par ententes de services, ce qui va à l'encontre de l'autonomie des organismes communautaires vis-à-vis la programmation de services du secteur public tout en réduisant fortement leurs capacités innovantes. Ces mesures sont suivies, en 2004, de la publication d'un nouveau cadre de référence et d'un plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire qui réaffirment, paradoxalement, la volonté gouvernementale de respecter l'autonomie des milieux communautaires tout en mettant l'accent sur la consolidation plutôt que sur le développement de leur financement (MESSF, 2004a, 2004b).

Bref, les années 2000 sont une période difficile pour l'action communautaire, puisque les transformations apportées au système sociosanitaire soumettent l'ensemble de ses composantes à la volonté gouvernementale d'endiguer la croissance des coûts associée à la pratique médicale et hospitalière. Ce retour à l'hospitalocentrisme se conjugue avec l'avènement de toute une série de politiques administratives et organisationnelles favorisant le déploiement de dispositifs locaux de mesure et de calculabilité propre au monde industriel, alors que les canaux décisionnels déterminants échoient plus que jamais à l'instance centrale (un phénomène souvent qualifié de déconcentration).

Or, comme nous l'avons vu, si ces principes d'action (efficacité, performance, mesure) avaient trouvé jusqu'à présent un compromis avec les valeurs portées par l'action communautaire (créativité, solidarité, justice sociale) grâce aux arrangements particuliers du PSOC, les politiques gouvernementales des années 2000 tendent, au contraire, à renforcer le poids des contraintes industrielles sur les arrangements institutionnels qui régulent les rapports entre l'État et les milieux communautaires. Les mesures adoptées par le MSSS afin d'intégrer les organismes communautaires au sein de réseaux de services coordonnés par des instances technocratiques ne sont qu'une des manifestations de cette volonté gouvernementale de revoir les règles du jeu. Seule la force des mouvements sociaux et des milieux communautaires a permis, depuis la fin des années 1990, d'éviter une tutélarisation de ces organismes au profit d'une programmation centralisée. Ce faisant, toutefois, on assiste à la persistance d'une reconnaissance ambiguë des milieux communautaires par le MSSS et l'appareil gouvernemental.

## Conclusion

La nouvelle légitimité reconnue aux organismes communautaires, depuis les années 1990, est redevable aux efforts consentis au cours des trois dernières décennies à la fois par les milieux communautaires et certains acteurs administratifs et gouvernementaux pour protéger et développer le PSOC, le seul véritable programme de financement gouvernemental qui assure aux organismes un soutien à leur mission de base. Ce type de financement devient alors une condition essentielle à la préservation du caractère distinct de leurs pratiques et de leur potentiel d'innovation. La capacité du tiers secteur à infléchir les compromis dans le sens de ses revendications a varié selon les époques, la conjoncture et l'identité des groupes concernés. Mais l'histoire des milieux communautaires témoigne bien de ce « retour de l'acteur », ainsi que de la complexité des rapports sociaux au sein des sociétés modernes. La reconnaissance acquise montre bien que le sens de ces rapports ne peut être réduit aux déterminismes engendrés par une subordination pure et simple aux structures sociales existantes.

L'analyse des transformations survenues au cours des 30 dernières années et des entrevues laisse ainsi entrevoir une problématique plus complexe que celle suggérée par certains critiques qui considèrent, de manière restrictive, les organismes communautaires comme un élément palliatif aux restrictions budgétaires gouvernementales et s'insurgent contre un libéralisme outrancier et contre le contrôle tentaculaire des bureaucraties étatiques. Ces phénomènes existent et donnent la mesure des dérives possibles de certains processus initiés en réponse à l'épuisement du providentialisme. Mais, à la lumière de nos résultats de recherche, il est clair qu'ils sont loin d'épuiser le sens des conflits portés par les mouvements sociaux, ainsi que des luttes menées par les acteurs sociaux sur le terrain.

Il serait donc largement exagéré de présumer une domination sans partage des dispositifs de contrôle étatique sur l'historicité des pratiques en matière sociosanitaire, tout comme il le serait aussi de succomber à une vision « solidaire » de ces rapports dans la foulée des avancées réalisées par le tiers secteur au cours des dernières années.

Malgré une conjoncture récente moins favorable à l'élargissement d'instances régionales et démocratiques, il n'en demeure pas moins qu'au terme de notre étude, le PSOC se présente encore comme une forme institutionnelle permettant aux organismes communautaires de jouir d'une flexibilité organisationnelle et d'une orientation de pratiques distinctives, dans ses fondements mêmes, de celles structurant le réseau public. Les modalités de ce programme s'avèrent ainsi un rempart contre d'éventuelles tentatives de récupération ou de soumission des forces du tiers secteur aux prérogatives étatiques. Par contre, la reconnaissance de la diversité des tendances et des acteurs présents au sein des institutions publiques ne doit pas pour autant nous faire perdre de vue les fonctions régulatrices de l'État qui lui confèrent un pouvoir discrétionnaire que seule la sanction publique permet de baliser. C'est donc le maintien d'une complémentarité négociée, voire conflictuelle, des pratiques du secteur public et du tiers secteur que permet d'établir le PSOC. Par ses modalités axées sur un financement à la mission globale qui se veut à la fois souple et récurrent, ce programme permet d'établir un compromis entre les exigences d'efficacité, de performance et de mesure propres au monde industriel avec celles de la création, de l'autonomie et de l'expérimentation inhérentes au monde de l'inspiration.

## Références

- Anctil, Hervé (1987). « L'entreprise hospitalière », *Santé et société*, vol. 9, no 4, automne.
- Bélanger, Jean-Pierre (1999). « Les organismes communautaires, une composante essentielle de ce tiers secteur », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 12, no 2, décembre, 89-102.
- Bélanger, Paul R. et Benoît Lévesque (1992). « Le mouvement populaire et communautaire: de la revendication au partenariat » dans Daigle, Gérard et Guy Rocher (sous la direction de), *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 713-747.
- Bélanger, Paul R. et Benoît Lévesque (1991). « La théorie de la régulation, du rapport salarial au rapport de consommation. Un point de vue sociologique », *Cahiers de recherche sociologique*, no 17, 17-51.
- Bélanger, Paul, R. et Benoît Lévesque (1987). « Le mouvement social au Québec : continuité et rupture 1960-1985 », dans Bélanger, Paul R., Lévesque, Benoît, Mathieu, Réjean et Franklin Midy (sous la direction de). *Animation sociale et culture en mouvement. Fin ou début d'une époque?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 253-266.
- Bélanger, Paul, R., Lévesque, Benoît et Marc Plamondon (1987). *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC*, annexe au rapport de la commission Rochon, Québec, Les Publications du Québec, 352 p.
- Bellehumeur, Danièle (1985). « Montréal, petite Californie », *Santé et société*, vol. 7, no 4, automne, 30-31.
- Boivin, Louise et Mark Fortier (sous la direction de) (1998). *L'économie sociale. L'avenir d'une illusion*, Montréal, Fides, 229 p.
- Boltanski, Luc et Laurent Thévenot (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 483 p.
- Boltanski, Luc et Ève Chiapello (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 843 p.
- Bouchard, Marie, Bourque, Gilles L., Lévesque, Benoît (avec la collaboration d'Élise Desjardins) (2001a) « L'évaluation de l'économie sociale dans la perspective des nouvelles formes de régulation socio-économique de l'intérêt général », *Cahiers de recherche sociologique*, no 35, 31-53.
- Bouchard, Marie, Chaniel, Philippe, Comeau, Yvan, D'Amours, Martine, Dumais, Lucie, Fraise, Laurent, Jetté, Christian, Laville, Jean-Louis, Roustang, Guy et Yves Vaillancourt (2001b). « Rapport du Collège des chercheuses et chercheurs », dans *Comité directeur, Rapport final aux premiers ministres de France et du Québec*, Projet de coopération franco-québécois en économie sociale et solidaire, 10 juillet, 16-21.
- Bourque, Denis (2004). « Nouvelle donne dans les rapports entre réseau public et organismes communautaires », Montréal, UQAM, *Cahiers du Larepps* 04-32, 25 p.

- Bourque, Gilles L. (2000). *Le modèle québécois de développement. De l'émergence au renouvellement*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 235 p.
- Boyer, R. et Y. Saillard (2002). *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 588 p.
- Caillouette, Jacques (1994). « L'État partenaire du communautaire : vers un nouveau modèle de développement », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, no 1, printemps, 161-175.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille (CASF) (1978). *La question de la promotion des initiatives volontaires dans le domaine des affaires sociales au Québec*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 27 p.
- Conseil des Affaires sociales et de la Famille (CASF) (1976). *Promotion de la participation des groupes populaires à la gestion des services publics et au développement des communautés*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 55 p.
- Côté, Charles et Yannick Harnois (1978). *L'animation sociale au Québec : sources, apports et limites*, Montréal, St-Martin, 419 p.
- Côté, Roch (1999). « La santé. La réforme change de guide », dans Côté, Roch (sous la direction de), *Québec 2000*, Montréal, Fides, 299-305.
- Désy, Marielle, Ferland, Marc, Lévesque, Benoît et Yves Vaillancourt (1980). *La conjoncture au Québec au début des années 80 : les enjeux pour le mouvement ouvrier et populaire*, Rimouski, La Librairie socialiste de l'Est du Québec, 200 p.
- Enjolras, Bernard (1994). « Vers une théorie socio-économique de l'association : l'apport de la théorie des conventions », *Revue des études coopératives, mutualistes et associatives (RECMA)*, no 48, 93-106.
- Evers, Adalbert (2000). « Les dimensions sociopolitiques du tiers secteur. Les contributions théoriques européennes sur la protection sociale et l'économie plurielle », *Sociologie du travail*, vol. 42, no 4, octobre-décembre, 567-585.
- Favreau, Louis et Yves Hurtubise (1993). *CLSC et communautés locales. La contribution de l'organisation communautaire*. Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, 211 p.
- Fournier, Danielle (1997). « Nouvelle dynamique des organismes communautaires et la régionalisation » dans Plamondon, Denis, Dubord, Sylvie, Maltais, Danielle, Brassard, Sylvie, Boivin, Huguette et Mario Couture (sous la direction de), *Au-delà de la tourmente... de nouvelles alliances à bâtir! Actes du Ve colloque du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en Centre de santé (RQIIAC)*, Chicoutimi, Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR), Université du Québec à Chicoutimi, 57-66.
- Godbout, Jacques et Nicole V. Martin (1974). *Participation et innovation. L'implantation des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organismes communautaires autonomes*, publication conjointe INRS Urbanisation et ENAP, Université du Québec, 344 p.
- Godbout, Jacques et Jean-Pierre Collin (1977). *Les organismes populaires en milieu urbain : contre-pouvoir ou nouvelle pratique professionnelle?*, rapport de recherche, Montréal, INRS-Urbanisation, 311 p.

- Guérin, Daniel (1987). « Une entreprise du troisième type », *Santé et société*, vol. 9, no 4, automne, 21-27.
- Hamel, Pierre (1997). « Démocratie pluraliste et action collective », dans Klein, Juan-Luis, Tremblay, Pierre-André et Hugues Dionne (sous la direction de), *Au-delà du néolibéralisme. Quel rôle pour les mouvements sociaux ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 21-32.
- Harnois, Gaston (1987). *Pour un partenariat élargi. Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, Québec, MSSS, 185 p.
- Jetté, Christian (2005). *Le Programme de soutien aux organismes communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : une forme institutionnelle structurante du modèle québécois de développement social (1971-2001)*, thèse de doctorat, département de sociologie, Université du Québec à Montréal, 601 p.
- Lamarche, Paul (1989). « Les OSIS québécoises », *Discours officiels 1989*, allocution du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification et de l'évaluation lors de la Conférence canadienne sur le leadership médical organisée par l'Association médicale canadienne, Québec, MSSS, 64-83.
- Larivière, Claude (2005). *Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale*, Montréal, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire, [www.rqjiac.qc.ca](http://www.rqjiac.qc.ca)
- Laville, Jean-Louis (1992). *Les services de proximité en Europe*, Paris, Syros/Alternatives, 247 p.
- Laville, Jean-Louis et Renaud Sainsaulieu (sous la direction de) (1997). *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social*, Paris, Desclée de Brouwer, 403 p.
- Lévesque, Benoît et Marguerite Mendell (1999). « L'économie sociale au Québec : éléments théoriques et empiriques pour le débat et la recherche », *Lien social et politiques*, no 41, printemps, 105-118.
- Lévesque, Benoît (1997). *Démocratisation de l'économie et économie sociale : un scénario radical pour de nouveaux partages*, Montréal, UQAM, Cahiers du CRISES, no 9705, 41 p.
- Lévesque, Benoît (2004). *Le modèle québécois et le développement régional et local : vers le néolibéralisme et la fin du modèle québécois ?*, Montréal, UQAM, Cahiers du CRISES, no 0405, 30 p.
- Lévesque, Benoît et Yves Vaillancourt (1998). *Les services de proximité au Québec : de l'expérimentation à l'institutionnalisation*, Montréal, Cahiers du LAREPPS, no 98-04, UQAM, 21 p.
- Lipietz, Alain (1989). *Choisir l'audace, une alternative pour le XXIe siècle*, Paris, Éditions La Découverte, 155 p.
- Marmor, Theodore R., Barer, Morris L., et Robert G. Evans (1996). « Les déterminants de la santé de la population : comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques ? », dans Evans, Robert G., Barer, Morris L. et Theodore R. Marmor,

- Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 223-236.
- Mathieu, Réjean, Van Schendel, Vincent, Jetté, Christian, Dumais, Lucie, Tremblay, Diane-Gabrielle et Pierre-Yves Crémieux (2001). *L'impact socioéconomique des organismes communautaires et du secteur de l'économie sociale dans quatre arrondissements de la Ville de Montréal*, version finale d'un rapport de recherche, UQAM, 150 p. + annexes.
- MAS (1985). *Une politique d'aide aux femmes violentées*, Québec, MAS, 59 p.
- MAS (1979). *Les services à domicile. Politique du ministère des Affaires sociales*, Québec, gouvernement du Québec, 30 p.
- MAS (1978). *Rapport annuel*, Québec, gouvernement du Québec.
- MAS (1977). *Rapport annuel*, Québec, gouvernement du Québec.
- MAS (1972). *Rapport annuel*, Québec, gouvernement du Québec.
- Melucci, Alberto (1997). « Identité et changement : le défi planétaire de l'action collective », dans Klein, Juan-Luis, Tremblay, Pierre-André et Hugues Dionne (sous la direction de), *Au-delà du néolibéralisme. Quel rôle pour les mouvements sociaux ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 9-20.
- Midy, Franklin (2001). « L'évaluation aujourd'hui au Québec : déplacement des enjeux et redéfinition du champ », *Cahiers de recherche sociologique*, no 35, 55-79.
- Migué, Jean-Luc (1999). *Étatisme et déclin du Québec, Bilan de la Révolution tranquille*, Montréal, Les Éditions Varia, 246 p.
- MESSF (2004a). *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*, Québec, gouvernement du Québec.
- MESSF (2004b). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, Québec, gouvernement du Québec.
- MSSS (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, gouvernement du Québec, 91 p.
- MSSS (1989a). *Rapport annuel 1988-89*, Québec, gouvernement du Québec.
- MSSS (1989b). *Politique de santé mentale*, Québec, MSSS, 48 p.
- MSSS (1989c). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*, Québec, MSSS, 145 p.
- Neamtan, Nancy (2001). « Les partenariats et le Chantier de l'économie sociale », *Économie et Solidarités*, vol. 32, no 1 et 2, 73-77.
- Neveu, Érik (2002). *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, Éditions La Découverte et Syros, 125 p.
- Noël, Alain (1996). « Vers un nouvel État-providence? Enjeux démocratiques », *Politique et sociétés*, vol. 15, no 30, 3-27.
- Panet-Raymond, Jean (1994). « Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la loi 120 », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, no 1, 79-94.

- Pilon, Michel (1980). « L'action bénévole : bilan et perspectives », *Carrefour des affaires sociales*, vol. 2, no 3, ministère des Affaires sociales, 24-32.
- Pilon, Michel (1979). « Un an après son arrivée, le sous-ministre Deschênes rompt le silence », *Carrefour des affaires sociales*, vol. 1, no 2, 13-19.
- Proulx, Jean (1998). *Résultats de la consultation sur la tenue d'États généraux du mouvement communautaire autonome. Rapport synthèse à l'intention des membres du comité d'encadrement*, Montréal, CFP, 12 p.
- Proulx, Jean (1997). *Le partenariat entre l'État et les organismes communautaires dans le cadre de la loi 120 : l'enjeu de la complémentarité*, mémoire de maîtrise, École de service social, Université Laval, 203 p.
- Quéniart, Anne et Francine Saillant (1990). « Les médecines douces. Définitions et origines, enjeux et perspectives », *Revue internationale d'action communautaire*, 24/64, automne, 11-20.
- RMJQ (1996). *En ébullition depuis 15 ans. Historique du Regroupement des maisons de jeunes du Québec*. Montréal, RMJQ, 52 p.
- Robert, Lionel et Gilles Paradis (2006). « L'arrêt Chaoulli : un signal d'alarme », *Le Devoir*, G-3.
- Robin, Régine (1984). « La circulation de la parole publique et ses risques : les débats en commission parlementaire sur le projet de loi concernant l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec en 1971 », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 2, no 1, 45-98.
- Rochon, Jean (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, gouvernement du Québec, 803 p.
- Roy, Maurice (1987). *Les CLSC : ce qu'il faut savoir*, Montréal, Éditions St-Martin, 172 p.
- SACA (2001). *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 59 p.
- Shragge, Éric (2006). *Action communautaire : dérives et possibles*, Montréal, Écosociété, 242 p.
- Touraine, Alain (1999). *Comment sortir du libéralisme ?*, Paris, Fayard, 164 p.
- TRPOCB (en collaboration avec les Tables régionales d'organismes communautaires et bénévoles) (1995). *Les épreuves et les défis du partenariat. La réforme dans le domaine de la santé et des services sociaux : bilan de la participation des organismes communautaires et bénévoles*, TRPOCB, octobre, 50 p.
- Vaillancourt, Yves (1999). « Tiers secteur et reconfiguration des politiques sociales », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.11, no 2, vol. 13, no 1 (numéro double), 21-39.
- Vaillancourt, Yves (2007). « Vers un État stratège partenaire de la société civile », Montréal, UQAM, *Cahiers du LAREPPS* 07-10.
- Vaillancourt, Yves et Louis Favreau (2000). « Le modèle québécois d'économie sociale et solidaire », Montréal, UQAM, *Cahiers du LAREPPS*, no 00-04, 19 p.

- Vaillancourt, Yves (avec la collaboration de Christian Jetté) (1997). « Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé », Montréal, UQAM, *Cahiers du LAREPPS*, no 97-05, 302 p.
- Vaillancourt, Yves et Christian Jetté (2001). « Québec : un rôle croissant des associations dans les services à domicile », dans Laville, Jean-Louis et Marthe Nyssens (sous la direction de), *Les services sociaux entre associations, État et Marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, La Découverte/MAUSS/CRIDA, 66-90.
- Vaillancourt, Yves et Louis Favreau (2000). « Le modèle québécois d'économie sociale et solidaire », Montréal, UQAM, *Cahiers du LAREPPS*, no 00-04, 19 p.
- Von Schoenberg (1973). « Les partis politiques et la régulation des affaires sociales », *Recherches sociographiques* vol. 14, no 3, 327-339.
- White, Deena (2001). « Maîtriser un mouvement, dompter une idéologie. L'État et le secteur communautaire au Québec », *Isuma. Revue canadienne de recherche sur les politiques*, vol. 2, no 2, été, 34-45.

\*\*\*

Quarante entrevues, réalisées en 2002-2003, avec des informateurs clés provenant du secteur public et du tiers secteur.