

# L'organisation communautaire, première ligne en Santé et Services sociaux

Denis Bourque, Université du Québec en Outaouais

René Lachapelle, Université du Québec en Outaouais

Mélanie Mailhot, Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC)

## *L'organisation communautaire dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)*

- Les organisatrices et organisateurs communautaires (OC) sont des professionnels qui jouent un rôle stratégique en promotion de la santé et pour le déploiement de l'action communautaire autonome ;
- Dans un contexte où il importe d'améliorer l'accès aux services sociaux et de santé, les OC sont porteurs d'un savoir-faire ancré dans les réalités des territoires vécus et alimenté par leur connaissance des déterminants sociaux de la santé. Ils exercent un rôle clé pour établir la liaison avec les ressources de la communauté et soutenir la participation de la société civile. Le titre d'emploi est inscrit depuis les années 1970 à la nomenclature des professions (1). Nous retenons celle que propose le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC) :

L'organisation communautaire est une pratique professionnelle d'intervention collective qui s'appuie sur une vision globale et qui s'adresse en priorité à des populations affectées par des problèmes sociaux, dans une visée de changement social. S'articulant à partir du territoire vécu, généralement à une échelle locale, l'organisation communautaire est pratiquée en soutien à une communauté géographique, d'identité ou d'intérêt, selon une approche ascendante. L'organisation communautaire vise l'amélioration des conditions de vie, la réduction des inégalités sociales, le développement du pouvoir d'agir, la participation citoyenne, ainsi que l'inclusion sociale, en cohérence avec des valeurs de respect, d'autonomie, de solidarité, de démocratie et de justice sociale (2).

- Le développement des services de proximité pour mettre en œuvre la responsabilité populationnelle passe par l'approche communautaire et mise sur « le rôle des organisateurs communautaires [qui], par leur ancrage local, est essentiel dans l'actualisation de cette approche » (3). Cet ancrage est présentement menacé.

## PROBLÉMATIQUE

### *Évolution et état des lieux*

Les 25 dernières années ont été marquées par une rupture avec la période de mise en place de l'État social québécois (1960-2002) qui offrait à la société civile un espace de participation et d'innovation comme le démontre, notamment, la création des CLSC en 1972. L'organisation communautaire a joué un rôle significatif dans la mise en place de ces établissements (4) et pour la prise en compte de la participation citoyenne et de la

société civile. Le modèle des CLSC inspiré des cliniques populaires (5) s'appuyait aussi sur le Rapport Seebom, au Royaume-Uni, qui recommandait que les services sociaux soient davantage reliés entre eux et avec les services de santé et regroupés dans une même unité administrative afin de rendre plus efficace la prévention et la santé communautaire (6).

Depuis 2003, l'État québécois a pris le virage de la gestion néolibérale (7). Les CLSC qui constituaient la première ligne ont été regroupés successivement avec les CSSS, puis au sein des CISSS et CIUSSS. Alors que les principaux gains en santé ne viennent pas du système de soins, mais de l'action sur les déterminants sociaux de la santé (8)<sup>1</sup>, la priorité donnée à la pratique médicale et hospitalière s'est conjuguée avec la marginalisation des services sociaux et des stratégies de santé publique (9,10). Or, ce choix crée un problème d'équité et désavantage les petites communautés. Cela a même amené la Fédération québécoise des municipalités à réclamer, en 2022, de « refonder le réseau sur la base des centres locaux de services communautaires (CLSC) dont l'objectif originel était de répondre aux besoins biologiques, psychologiques et sociaux des populations, en termes de ressources, de services et d'accès, en concertation avec les élus.es et intervenants du milieu » (11).

Les enjeux écologiques (changements climatiques, pertes de la biodiversité, etc.) et sociaux (croissance des coûts du logement, de l'insécurité alimentaire, de l'itinérance, des surdoses, etc.) génèrent des impacts tels sur la santé des populations et les ressources de l'État que la transition socioécologique (12) s'impose comme priorité au RSSS pour être en mesure de participer à « la reconfiguration des liens sociaux au niveau local [où] se produiront les innovations qui permettront la transition et rendront les communautés plus résilientes » (13).

## CONSTATS ET CONSÉQUENCES

### *Les besoins des communautés et ceux du RSSS*

Alors que l'accès aux services est un problème majeur du RSSS, le Cadre de référence sur les services de proximité propose « une vision globale et intégrée » pour une offre de services « territorialisés, visibles et coordonnés [...] en vue d'agir sur les déterminants de la santé » (3). Un tel « ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé » permet « un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS » (3). Le Cadre précise que pour mettre en œuvre la responsabilité populationnelle, « [l']approche communautaire permet de s'adapter aux besoins grâce à la connaissance des caractéristiques territoriales ainsi que des profils populationnels et épidémiologiques » (3), ce que l'article 32 de la loi sur la gouvernance du RSSS désigne comme des « pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité » (14).

Les indicateurs de santé comme l'espérance de vie et la morbidité sont fortement corrélés avec les conditions socioéconomiques dans lesquelles les personnes vivent et travaillent, ainsi qu'avec la qualité des rapports humains : réseaux sociaux, participation sociale,

---

<sup>1</sup> Sur les 30 ans d'espérance de vie gagnés depuis 100 ans au Québec, huit sont attribuables aux services de santé et 22 à l'amélioration de l'environnement, des habitudes et des conditions de vie.

cohésion sociale, sentiment d'appartenance, estime de soi, etc. (15,16). L'ancrage des OC dans des communautés locales permet d'intervenir au plus près des situations qui touchent les conditions et les milieux de vie. La place déterminante des territoires dans la prise en compte des enjeux de la transition socioécologique (TSÉ) donne de l'importance à l'intervention collective dédiée à la mobilisation des acteurs collectifs et à la participation citoyenne. Le Cadre de référence sur les services de proximité atteste que « le rôle des organisateurs communautaires, par leur ancrage local, est essentiel dans l'actualisation de cette approche » (3). Le Plan de transition de Santé Québec va dans le même sens : « Le renforcement des liens avec le local, en particulier l'arrimage avec le milieu communautaire, constitue un levier essentiel pour rapprocher la prise de décision des gens, élaborer des solutions adaptées aux réalités du milieu et, plus globalement, répondre aux attentes de la population. » (17).

La crise de COVID-19 a mis en évidence l'organisation communautaire comme ressource de premier plan (18) pour développer de meilleurs services qui passent par la mise en réseau et la coordination sur le plan local des ressources, qu'elles soient publiques, communautaires, d'économie sociale ou autres. Ces processus de liaison, de collaboration et de partenariat sont au cœur des pratiques des OC.

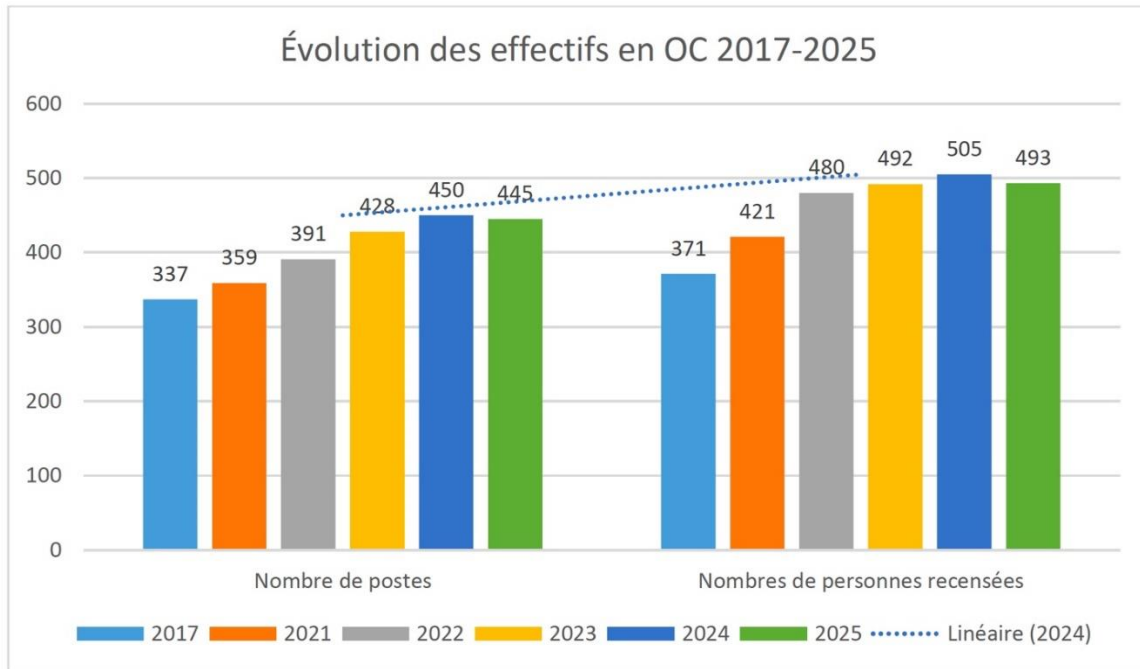
Les OC ont les compétences pour animer et coordonner ces démarches qui se déploient en plusieurs phases : phase de planification (analyse du milieu, priorisation des enjeux, choix des objectifs et des actions), phase de mise en œuvre et phase d'évaluation-apprentissages. Le rôle de liaison des OC est essentiel pour établir et consolider les collaborations entre des organisations dont les cultures diffèrent. Ces professionnels, du fait de la vision globale de leur milieu d'intervention, savent se situer au-delà des intérêts sectoriels des partenaires. Ce sont des accompagnateurs des processus qui font émerger de nouveaux leaders communautaires. Dans le contexte de complexité de l'action sur la TSÉ, ces savoir-faire sont les atouts de l'intervention collective en première ligne. Le changement social requiert une capacité d'action politique des citoyennes et citoyens que les OC sont en mesure d'accompagner (19), à condition de disposer d'une marge d'autonomie professionnelle que les modèles managériaux ont affaiblie.

Le RSSS comptait 505 personnes en organisation communautaire, en 2024, selon le recensement du RQIIAC. La profession a vu croître ses effectifs par rapport aux 334 postes en 2017, une tendance qui s'inverse dans le contexte de rationalisation des dépenses. Le recensement de 2025 fait état, pour une première fois depuis 2017, d'une réduction de postes au cours de la dernière année en contradiction avec les besoins sociaux et les attentes des personnes élues des localités.

Le nombre de postes d'OC dans le RSSS est crucial pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé, l'ancrage dans le territoire et le soutien à l'action collective et communautaire. À cet effet, le rapport des commissaires aux États généraux du travail social recommande formellement de « doubler le nombre de postes à temps complet en organisation communautaire de 500 à 1 000, dans le réseau public, d'ici cinq ans » (21)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Le Laboratoire de recherche et d'informations en santé et services sociaux (2025, p. 4) propose de « quintupler la capacité d'action collective du système de santé en augmentant le nombre d'OC de 450 à 2 250, et de lier explicitement ces embauches à un mandat de mobilisation des communautés ... ». <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2025/02/2024-Fiche-LaRISSS-climatique-WEB.pdf>



Source : Cloutier, S. (2025). *Recensement des effectifs en OC 2025 - Faits saillants - 12 février 2025 -Version préliminaire*. RQIIAC. L'auteur précise qu'il « peut exister des différences dans la façon dont certaines données sont compilées d'une région à l'autre. Il faut donc comprendre ces résultats comme l'effet de tendances et non pas comme l'exacte réalité » (20).

## CONCLUSION ET RÉFLEXION

### *Enjeux d'accessibilité et d'équité en intervention collective*

Nous identifions trois enjeux prioritaires pour les services de première ligne en organisation communautaire dans le RSSS :

- L'identification et la mobilisation autour des enjeux collectifs de la transition socioécologique et l'autonomie professionnelle pour y répondre;
- La priorité absolue du rapprochement avec les communautés, l'action communautaire autonome et l'économie sociale dans un contexte où la centralisation et la privatisation des services affectent la capacité de réponse publique;
- Le développement de politiques publiques de soutien à l'action collective afin de réduire les problèmes de proximité et d'équité territoriale, notamment en investissant dans l'augmentation du nombre de postes d'OC.

## RÉFÉRENCES

1. CPNSSS (2-24). Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux, <https://cpnsss.gouv.qc.ca/titres-demploi-et-salaires#c87>
2. Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC) (2020). Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Édition actualisée. Cadre de référence du RQIIAC, Presses de l'Université du Québec.
3. MSSS (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*. Cadre de référence, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>
4. Chaput-Richard, L. (2024). La réforme Dubé et Santé Québec. Encore plus loin dans la même direction. Entrevue avec Anne Plourde, chercheuse à l'Institut de recherche et d'information socioéconomique. *Nouvelles pratiques sociales*, 34 (1), p. 7-18. <https://doi.org/10.7202/1114797ar>
5. Regroupement des organisateurs communautaires du Québec (1979). *Manifeste*, Mars, 4<sup>e</sup> édition, 38 p.
6. Seebohm Report (1968). *Seebohm Report on Local Authority and Allied Personal Social Services*. [https://en.wikipedia.org/wiki/Seebohm\\_Report](https://en.wikipedia.org/wiki/Seebohm_Report)
7. Gonzales Castillo, E. (2022). L'action communautaire, l'État et la collaboration partenariale au Québec : notes sur les dynamiques d'assimilation réciproque dans le contexte néolibéral, *Service social*, vol. 68, n° 2, p. 51-65. <https://doi.org/10.7202/1101456ar>
8. MSSS (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-228-01.pdf>
9. Institut du Nouveau Monde (2023a). *Consultation dans le cadre des États généraux du travail social, Rapport de consultation*, 6 décembre. [https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2024/01/EGTS\\_Rapport-de-consultation-INM.pdf](https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2024/01/EGTS_Rapport-de-consultation-INM.pdf)
10. Institut du Nouveau Monde (2023b). *Consultation dans le cadre des États généraux du travail social, Constats et recommandations des commissaires*, 18 décembre. [https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2024/01/EGTS\\_Constats-recommandations.pdf](https://inm.qc.ca/sites/inm.qc.ca/wp-content/uploads/2024/01/EGTS_Constats-recommandations.pdf)
11. FQM (2022), Extrait du procès-verbal de l'assemblée extraordinaire et annuelle des membres de la Fédération québécoise des municipalités tenue les 22 et 24 septembre 2022 au Centre des congrès de Montréal, Résolution AEA 2022-09-24/21 Décentralisation de la santé. [https://fqm.ca/wp-content/uploads/2023/05/re\\_aea\\_2022-09-24\\_21\\_decentralisation\\_sante.pdf](https://fqm.ca/wp-content/uploads/2023/05/re_aea_2022-09-24_21_decentralisation_sante.pdf)
12. Morin, L. (2023). *Transition socioécologique et développement des communautés territoriales*, Rencontre des ASP à St-Joachim, [https://drive.google.com/file/d/1J0MppcN8eaZIFig\\_NGSOKIUQZZWusbUS/view](https://drive.google.com/file/d/1J0MppcN8eaZIFig_NGSOKIUQZZWusbUS/view)
13. Audet, R. (2017). Le discours et l'action publique en environnement. Dans A. Chaloux (dir.), *L'action environnementale au Québec : entre local et mondial*, Presses de l'Université de Montréal, p. 19-36.
14. Québec (2024). *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, Chapitre G-1.021, [www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021](http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021)

15. Bernard Paul, Rana Charafeddine, Katherine L. Frohlich, Mark Daniel, Yan Kestens et Louise Potvin (2007). "Health inequalities and place : A theoretical conception of neighbourhood" in *Social Science & Medecine* 65, Elsevier Ltd., p. 1839-1852.
16. De Koninck Maria, Marie-Jeanne Disant et al. (2007). *Carnet synthèse 1, Inégalités de santé et milieux de vie*, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, mai, 12 p. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/carnetsynthese/2951.pdf>
17. MSSS (2025). Plan de transformation. Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent. Comité de transition. – Janvier 2025 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-127-13W.pdf>
18. Deshaies M.-H., Fournier-Dufour L., Morin P., Desgagnés J.-Y. et Cloutier S. (2024). D'une vague à l'autre... la contribution de l'organisation communautaire en CISSS et en CIUSSS en temps de pandémie. *Nouvelles pratiques sociales*, 34 (1), p. 148-166. <https://doi.org/10.7202/111480ar>
19. RQIIAC (2023). *Synthèse du Cadre de référence*, <https://rqiiac.qc.ca/wp-content/uploads/2023/03/Synthese-cadre-reference-RQIIAC-VF.pdf>
20. Cloutier, S. (2025). Recensement des effectifs en OC 2025 - Faits saillants - 12 février 2025 -Version préliminaire. RQIIAC.
21. Émond, A., Bourque, D. et Vollant N. (2024). Le rapport des commissaires et le Sommet des États généraux du travail social au Québec, dans D. Bourque (dir.). *Mettre en œuvre le travail social de demain. Défis et renouvellement de l'intervention sociale*, Presses de l'Université du Québec, p. 39-60.

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.