

Innovation sociale et travail institutionnel : le rôle des organismes communautaires dans l'évolution des politiques sociales au Québec

Christian Jetté & Jean-Vincent Bergeron-Gaudin
Université de Montréal

ABSTRACT

In Quebec, the participation of community organizations in the development of social policies at the provincial level since the 1970s is a well-known and well documented empirical reality. Using the notion of institutional work as developed by sociological institutionalism, we demonstrate how actors from the third sector have been able to play an active role in the institutionalization of some of their practices, thus accomplishing work towards the creation of institutions. Basing ourselves on three case studies on innovative practices in the health and social services (the Carpe Diem approach, the autonomous management of medication, and community support for social housing), we highlight two forms of institutional work exercised by these actors: the constitution of normative networks, which favors the change of policy norms in a given field, and the construction of identities, which conditions collective action.

RÉSUMÉ

Au Québec, la participation des organismes communautaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques sociales au niveau provincial depuis les années 1970 est une réalité empirique connue et bien documentée. En nous appuyant sur la notion de travail institutionnel, telle que développé par l'institutionnalisme sociologique, nous démontrons comment ces acteurs du tiers secteur ont pu jouer un rôle actif dans l'institutionnalisation de certaines de leurs pratiques et opérer ainsi un travail de création institutionnelle. À partir de trois études de cas dans le domaine de la santé et des services sociaux portant sur des pratiques innovantes (approche Carpe Diem, gestion autonome de la médication et soutien communautaire en logement social), nous faisons ressortir plus particulièrement deux formes de travail institutionnel exercé par ces acteurs : la constitution de réseaux normatifs, qui favorise le changement des normes d'intervention dans un secteur donné, et la construction d'identités, qui conditionne l'action collective.

Keywords / Mots clés Social innovation; Institutionalization; Community organizations; Third sector; Québec / Innovation sociale; Institutionnalisation; Organismes communautaires; Tiers secteur; Québec

Au Québec, la participation des organismes communautaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques sociales au niveau provincial depuis les années 1970 est une réalité empirique connue et bien documentée. Cette dynamique a été observée dans des secteurs variés, incluant entre autres la santé et les services sociaux (Jetté, 2008), l'insertion en emploi (Shields, 2010) et le logement social (Vaillancourt *et al.*, 2017). L'adoption de certaines politiques intersectorielles concernant la reconnaissance de l'action communautaire (White, 2012) ou encore de l'économie sociale (Arsenault, 2018) témoigne également de ce phénomène. Si certains auteurs ont interprété comme une forme de néocorporatisme cette ouverture de l'État face aux groupes de la société civile—visible dans d'autres domaines que les politiques sociales (Montpetit, 2003)—d'autres en ont plutôt fait l'une des caractéristiques du modèle québécois de développement (Rigaud *et al.*, 2010). Pour expliquer cette réalité, certains auteurs parlent aussi d'un régime de citoyenneté québécois distinct du reste du Canada, notamment au regard des modes d'accès à l'État et de la représentation des intérêts collectifs (Jenson, 1998).

Cette participation des organismes communautaires au développement des politiques sociales a pris une multitude de formes à travers le temps et selon les secteurs : partenariats, tables de concertation, comités consultatifs, invitations à des sommets, notamment les deux sommets socioéconomiques de 1996 auxquels les groupes communautaires ont été conviés pour la première fois aux côtés des syndicats et du patronat. Pour distinguer les choses, Vaillancourt (2014) utilise les notions de co-production (lorsque les organisations du tiers secteur collaborent à la mise en œuvre des politiques) et de co-construction (lorsque celles-ci contribuent à leur élaboration).

À certaines occasions, les organismes communautaires ont aussi été à l'origine d'innovations sociales importantes qui ont été intégrées aux politiques sociales (pensons notamment aux centres locaux de services communautaires (CLSC) qui sont issus du modèle des cliniques communautaires de santé). Ce phénomène peut relever d'une vision « minimaliste » de l'innovation sociale lorsque les pratiques ou les approches développées viennent suppléer aux insuffisances de l'État et du marché ou d'une vision « maximaliste » de l'innovation lorsqu'elles ont pour ambition de susciter de nouveaux arrangements institutionnels et de favoriser l'émancipation des personnes marginalisées (Unger, 2015, pp. 235–237). Dans tous les cas, l'institutionnalisation s'avère une dynamique centrale pour saisir la portée immédiate et prospective de ces innovations.

Il est possible d'identifier au moins deux tendances dans la façon dont l'institutionnalisation est traitée dans la littérature sur les organismes communautaires. Une première tendance, d'inspiration wébérienne, consiste à aborder l'institutionnalisation « par le haut », comme un processus linéaire par lequel l'État vient encadrer et contrôler les groupes communautaires, principalement au moyen du financement (Duval *et al.*, 2004; Lamoureux, 2010; Depelteau, Fortier et Hébert, 2013). Une deuxième tendance appréhende plutôt l'institutionnalisation comme un processus dynamique et non-linéaire, dans lequel l'État et les groupes communautaires sont continuellement en interaction et se façonnent de part et d'autre (Jetté, 2008; White, 2012; Masson, 2015). Dans cette seconde perspective, les organismes communautaires sont dotés d'une capacité d'action ou agentivité qui leur permet d'initier leurs propres pratiques, de développer des rapports de force et de négocier les arrangements institutionnels les concernant.

S'inscrivant dans cette seconde voie, le présent article vise à mieux comprendre comment les organismes communautaires peuvent participer à l'institutionnalisation de leurs pratiques ou de leurs approches. En reprenant la notion de travail institutionnel (Lawrence et Suddaby, 2006) issue de la théorie néo-institutionnelle, nous avançons l'argument que ces acteurs jouent un rôle actif dans ce processus. Ils opèrent du même coup un travail de création institutionnelle qui contribue à faire évoluer les normes dans les secteurs où ils interviennent.

Nous démontrerons cet argument à l'aide de trois études de cas dans le domaine de la santé et des services sociaux sur des pratiques communautaires institutionnalisées de manière partielle ou complète : l'approche Carpe Diem pour

les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la gestion autonome de la médication (GAM) pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, et le soutien communautaire en logement social, une pratique visant à assurer la stabilité résidentielle de différentes populations vulnérables (personnes à risque d'itinérance, en perte d'autonomie, etc.). Développées à la fin des années 1980 et au début des années 1990, ces pratiques continuent d'être employées en 2020. Deux formes de travail institutionnel en particulier retiendront notre attention : la constitution de réseaux normatifs et la construction d'identités.

L'article est divisé en quatre parties. Les deux premières nous permettront de situer un certain nombre de repères historiques et théoriques sur la transformation de l'État-providence, la notion d'innovation sociale et celle de travail institutionnel. La troisième partie nous servira à présenter notre méthodologie et à décrire sommairement les trois pratiques à l'étude. Enfin, la quatrième partie sera consacrée à l'analyse des formes de travail institutionnel exercées par les organismes communautaires. Les contributions de notre étude seront discutées en conclusion.

TRANSFORMATION DE L'ÉTAT-PROVIDENCE ET INNOVATION SOCIALE

Au Québec, il a fallu attendre les années 1960 pour que le gouvernement provincial se dote, à l'instar du gouvernement fédéral canadien, d'institutions relevant d'un véritable État-providence. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la réforme Castonguay-Nepveu en 1971 se voulait le coup d'envoi d'une étatisation de plusieurs types d'établissement (hôpitaux, agences de services sociaux, centres d'accueil, orphelinats, etc.), jusque-là administrés par le clergé et l'Église catholique. Cette réforme a fait entrer les services socio-sanitaires de plain-pied dans un modèle de développement qualifié de « fordiste et providentialiste » (Bélanger et Lévesque, 1990). Ce modèle s'est caractérisé notamment par la mise en place de politiques sociales plus généreuses, une syndicalisation accrue, une centralisation des négociations dans le secteur public et une plus grande accessibilité, universalité et gratuité des services. Ces avancées sur les plans social et économique ont eu leurs revers sur le plan démocratique. L'École de régulation, notamment, a montré comment ces progrès avaient eu pour contrepartie une dépossession du droit de regard—d'une part des travailleurs des secteurs public et marchand sur la gestion et l'organisation du travail (tayloriste) et d'autre part des citoyens sur l'élaboration des politiques ainsi que sur l'organisation et la prestation des services publics (Bélanger et Lévesque, 1991).

C'est à partir de ce constat de double exclusion démocratique qu'ont émergé les revendications des premiers groupes populaires québécois au cours des années 1960 et 1970. Ces groupes se donnaient pour mission de répondre aux besoins des communautés à partir de pratiques citoyennes ancrées dans leurs milieux. S'appuyant sur la participation des publics concernés, œuvrant le plus souvent à l'échelle locale, et misant sur une hybridation des ressources et des principes d'action (principalement la redistribution et la réciprocité), ces groupes ont été désignés comme « organismes communautaires » à partir des années 1980. Ceux-ci ont construit leurs pratiques en réaction aux défaillances des grandes bureaucraties et de leurs dispositifs technocratiques (CSMQ, 1985). De manière générale, ils ont cherché à dépasser les contraintes liées au providentialisme en se positionnant en complémentarité (tout en conservant leur autonomie) plutôt qu'en substitution au secteur public.

Leurs pratiques alternatives ont trouvé un contexte particulièrement favorable à leur développement au tournant des années 1980, au moment où entraient en crise les principales institutions de l'État-providence. Cette crise, qui a pavé la voie à « un nouvel esprit du capitalisme » (Boltanski et Chiapello, 1999), a amené certains chercheurs à se pencher de manière plus attentive sur les pratiques des organisations du tiers secteur (organismes communautaires et organismes de l'économie sociale et solidaire) qu'ils ont qualifiées « d'innovantes » et à les considérer, dans plusieurs cas, comme une réponse à cette crise du providentialisme (Lévesque, Fontan et Klein, 2014). De manière plus large, le concept ou

« quasi-concept » d'innovation sociale a été utilisé pour saisir la reconfiguration du partage des responsabilités entre l'État, le marché, la famille et la communauté face aux nouveaux risques sociaux (Jenson, 2015).

Les organisations du tiers secteur n'ont donc pas été les seules à chercher une alternative à la crise de l'État-providence. D'autres acteurs sociaux favorables au secteur marchand ont proposé une privatisation accrue des services comme solution à la crise du fordisme et du providentialisme. On a vu alors le concept de *welfare mix* se développer au cours des années 1990 pour mettre en relief le rôle accru assumé par le secteur marchand—et dans une certaine mesure aussi par le tiers secteur—dans la reconfiguration des politiques publiques et dans l'offre de services définie jusque-là principalement par le secteur public (Evers et Laville, 2004).

De fait, à l'aube du XXI^e siècle, la complexité des problèmes socioéconomiques a exigé, de plus en plus, l'implication d'une pluralité d'acteurs dépassant la simple redistribution ou la concurrence. Il est devenu nécessaire de reconnaître « l'efficacité d'approches misant sur l'horizontalité, l'intersectorialité et l'interdisciplinarité [qui] font en sorte que les politiques sociales ne peuvent plus être élaborées exclusivement par l'État même assisté d'une technocratie et d'une administration publique compétente » (Lévesque et Thiry, 2008, p. 251). L'innovation sociale peut alors se conjuguer avec le concept de co-construction pour rendre compte de processus d'interactions entre diverses parties prenantes qui se concertent, délibèrent, négocient et établissent des compromis afin de définir de nouvelles politiques publiques (Vaillancourt, 2019).

L'action des organisations du tiers secteur peut se présenter comme une réponse à ces nouveaux défis puisqu'elle se caractérise par une porosité qui leur permet d'être à la fois au-dedans et au-dehors d'un espace institutionnel qui reste tiraillé par diverses orientations sociales, économiques, politiques et culturelles. Cette position stratégique est particulièrement favorable à l'émergence de l'innovation sociale (Goldenger *et al.*, 2009), puisqu'en plus de favoriser la rencontre et l'agencement de savoirs profanes et professionnels (Caillouette et Soussi, 2014), elle permet de tisser des liens entre des champs d'action et des acteurs qui, autrement, n'auraient jamais eu l'occasion d'œuvrer conjointement, comme le démontrent d'ailleurs nos trois études de cas. Le financement gouvernemental joue également un rôle crucial dans le maintien et le développement des organisations du tiers secteur, les modèles de financement axés sur la citoyenneté se montrant plus favorables à l'innovation sociale que ceux axés sur la charité ou l'offre de services (Philips, Laforest et Graham, 2010).

Plus explicitement, l'innovation sociale peut être définie « comme une activité nouvelle qui prend forme et se diffuse dans un contexte donné » (Bouchard, 2011, p. 5). Elle peut être circonscrite à partir de pratiques et d'activités sociales ou économiques favorisant l'émancipation de personnes ou de groupe de personnes subissant une marginalisation et souvent aux prises avec des problèmes d'accès aux services ou activités leur permettant d'assumer leur pleine citoyenneté. Dans certains cas, il peut aussi s'agir de situations où les personnes font face à l'absence de services, d'activités ou de pratiques développés spécifiquement pour répondre à leurs besoins ou combler leurs aspirations (Howaldt et Schwarz, 2010). Certes, on ne peut attribuer à l'innovation sociale un sens univoque; elle ne se présente pas toujours comme une pratique émancipatrice pour l'ensemble des acteurs concernés (Laville, 2016; Mulgan, 2015). De même, il faut considérer que le caractère innovant des pratiques peut parfois se révéler a posteriori, ou « chemin faisant », sans qu'elle ait fait l'objet au départ d'une visée consciente des acteurs qui l'ont suscitée (Richez-Battesti, 2011).

Par ailleurs, comme l'ont montré des chercheurs dans le contexte canadien (Westley *et al.*, 2014), l'augmentation de la portée (*scaling up*) des innovations sociales peut prendre différentes configurations et dépend des conditions de départ des initiatives (objectifs, vision du changement, etc.), des compétences et des ressources dont disposent les promoteurs ainsi que des occasions et des obstacles rencontrés. Tout en reconnaissant la diversité des trajectoires poursuivies par

l'innovation sociale, notre étude cherche à identifier les stratégies récurrentes utilisées par les organismes communautaires pour institutionnaliser leurs pratiques afin de mieux comprendre leur apport à l'évolution des politiques sociales. Pour cerner cet aspect, nous proposons de nous tourner vers la notion de travail institutionnel.

INSTITUTIONNALISME SOCIOLOGIQUE ET TRAVAIL INSTITUTIONNEL

La notion de travail institutionnel tire son origine de la théorie néo-institutionnelle, plus précisément de l'institutionnalisme sociologique, l'une des trois branches fondatrices de ce courant théorique (Lecours, 2002; Hall et Taylor, 1997).¹ Apparue durant les années 1980 dans le domaine de la théorie des organisations, l'institutionnalisme sociologique part d'une critique de la rationalité instrumentale associée au développement de la bureaucratie pour souligner que plusieurs formes et procédures utilisées par les organisations modernes ne sont pas mises en place simplement parce qu'elles sont plus efficaces, mais bien parce qu'il s'agit de pratiques culturelles transmises (Hall et Taylor, 1997). Au départ, l'approche cherchait surtout à comprendre les rapports de similitude que peuvent entretenir entre elles les organisations qui partagent les mêmes conditions institutionnelles, en regardant principalement du côté du pouvoir facilitant et contraignant des institutions (thèse de l'isomorphisme institutionnel). Au milieu des années 2000, dans une contribution majeure sur la question, Lawrence et Suddaby (2006) ont proposé d'inverser le regard en examinant plutôt le rôle que peuvent jouer les acteurs dans le développement des institutions. Dans cette optique, ces auteurs ont avancé le concept de travail institutionnel, défini par ces derniers comme « the purposive action of individuals and organizations aimed at creating, maintaining and disrupting institutions » (Lawrence et Suddaby, 2006, p. 215).

Théoriquement, le concept s'appuie sur les rares travaux qui s'étaient intéressés jusque-là à l'agentivité dans les études institutionnelles concernant les organisations, notamment les écrits basés sur la figure de l'entrepreneur institutionnel (DiMaggio, 1988) qui reconnaissent déjà la capacité qu'ont certains acteurs à modifier leur environnement institutionnel. Le concept s'inspire aussi de la sociologie des pratiques, une tradition de recherche associée à des auteurs tels que Pierre Bourdieu et Anthony Giddens, qui comprend l'activité humaine comme un ensemble d'interprétations partagées s'incarnant matériellement et symboliquement dans des pratiques. Selon Lawrence et Suddaby (2006), toute analyse portant sur le travail institutionnel doit reposer sur trois éléments clés : souligner la compétence et la réflexivité des acteurs individuels et collectifs, reconnaître que les institutions sont constituées par l'action plus ou moins consciente des acteurs, et appréhender l'action par les pratiques des acteurs.

Le concept a rapidement eu un écho dans la littérature. En introduction de l'ouvrage *Institutional Work: Actors and Agency in Institutional Studies of Organization*, paru à la fin des années 2000, Lawrence, Suddaby et Lecca (2009) rappelaient que l'analyse du travail institutionnel doit se focaliser sur les activités des individus et des organisations et non sur leurs accomplissements, étant donné que les conséquences du travail institutionnel peuvent parfois être non anticipées, voire même non désirées. Les auteurs réitéraient également l'importance de l'intentionnalité dans la définition du travail institutionnel de manière à le distinguer des actions non volontaires pouvant aussi avoir un impact sur le développement des institutions. Enfin, ils soulignaient le rôle de l'effort dans le travail institutionnel, supposant une prise de distance critique des acteurs face aux pratiques institutionnalisées.

Parmi les trois types de travail institutionnel identifiés dans la définition du concept², la création institutionnelle est certainement celui qui s'applique le mieux à notre problématique de recherche. Représentant le type de travail institutionnel le plus étudié, celui-ci renvoie de manière générale à la mise en place de nouvelles pratiques ou de nouvelles routines institutionnelles (Lawrence et Suddaby, 2006). Selon Ben Slimane et Lecca (2010, pp. 61–62), le travail de création institutionnelle désigne plus spécifiquement « les opérations visant à la fois à assurer une légitimité [aux] nouvelles pratiques vis-à-vis des parties prenantes les plus susceptibles de favoriser, ou d'empêcher, leur développement, ainsi que les opérations visant à doter l'activité de règles de fonctionnement propres. » Ce travail de création institutionnelle

peut être à son tour subdivisé en trois dimensions : politique, cognitive et normative (Zerdani et Bouchard, 2016). Dans leurs tentatives de faire reconnaître et d'obtenir du financement de la part de l'État québécois pour soutenir leurs pratiques novatrices, les organismes communautaires que nous avons étudiés ont tous exercé ce type de travail institutionnel.

MÉTHODOLOGIE ET PRÉSENTATION DES CAS

Notre démarche s'appuie sur une stratégie de recherche par étude de cas multiples, comprenant une analyse interne de chacun des trois cas retenus et une comparaison entre ceux-ci.³ Cette stratégie de type inductif est justifiée dans le contexte où, comme le soulignent George et Bennett (2005, p. 18), « There is a growing consensus that the strongest means of drawing inferences from case studies is the use of a combination of within-case analysis and cross-case comparisons within a single study or research program ». La comparaison a été traitée comme une mise en perspective permettant de stimuler la réflexion sur chacun des cas (Levy, 2007, p. 6). Elle a été rendue possible par le fait que les processus d'institutionnalisation observés partageaient certaines conditions communes : un même palier politique (provincial), un même domaine d'activités (santé et services sociaux) et une même période de temps dans la transformation de l'État-providence (les années 1990 et 2000).

La sélection des cas s'est faite en fonction de critères précis. Les pratiques développées par les organismes communautaires devaient : 1) apporter une réponse nouvelle à des besoins sociaux et/ou des besoins non satisfaits par l'État ou le marché; 2) s'inscrire dans le domaine de la santé et des services sociaux; et 3) avoir fait l'objet d'une tentative d'institutionnalisation, amorcée ou complétée. Afin de tirer profit de la perspective de la comparaison, nous avons fait le choix de sélectionner des pratiques dont le degré d'institutionnalisation variait : une ayant été formellement intégrée aux politiques sociales (soutien communautaire en logement social) et deux dont l'intégration était plus partielle (approche Carpe Diem et GAM).

Chacun des cas a été documenté à l'aide d'une série d'entretiens et d'une collecte documentaire réalisées entre 2010 et 2014. Au total, 45 entretiens individuels semi-dirigés ont été menés (10 dans le cas de Carpe Diem, 14 dans le cas de la GAM et 21 dans le cas du soutien communautaire en logement social).⁴ Les entretiens ont été faits à la fois avec des salariés des organismes communautaires (coordonnateurs, représentants et intervenants) et des représentants du secteur public, incluant des fonctionnaires impliqués directement dans l'encadrement des pratiques et certains anciens élus ayant occupé des fonctions dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les questions portaient sur les origines de la pratique, ses caractéristiques, son évolution et son institutionnalisation, en accordant une attention particulière aux stratégies adoptées par les organismes communautaires durant ce processus.

L'ensemble des entretiens a été retranscrit intégralement et a par la suite été codifié en fonction d'une grille d'analyse préétablie (Comeau 2000). La codification a porté sur le contenu manifeste des entretiens (Miles et Huberman 2003). Ce corpus a été complété par la littérature gouvernementale disponible sur les pratiques novatrices (études, documents-cadres, etc.), des documents produits par les organismes à l'origine des innovations (guides de formation, descriptifs d'activités, etc.) et certains rapports de recherche portant sur les approches étudiées.

Ces données ont permis de reconstituer et de séquencer avec précision les processus d'institutionnalisation en identifiant leurs principaux points tournants. Les trois cas ont d'abord fait l'objet d'une analyse individuelle, publiée sous forme de monographie (Bergeron-Gaudin et Jetté, 2020; Jetté *et al.*, 2019; Carpentier, Bergeron-Gaudin et Jetté, 2013), avant d'être comparés. Nous présentons sommairement les trois pratiques :

L'approche Carpe Diem. Développée dans la ville de Trois-Rivières, cette première pratique s'inscrit dans le champ du vieillissement et s'adresse aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. L'approche a été

conçue par un organisme communautaire autonome, Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer, un groupe créé en 1985. À contrecourant des logiques institutionnelles de placement et de médicalisation, Carpe Diem propose un modèle d'accompagnement basé sur le respect de la dignité, la qualité du contact relationnel entre les intervenants et les personnes atteintes ainsi que l'implication des proches dans le traitement de la maladie (Lalande et Leclerc, 2004). L'organisme a ouvert sa première maison d'hébergement en 1996 et prévoit en ouvrir une deuxième au cours des prochaines années. En plus de ce volet résidentiel, Carpe Diem a aussi développé un centre de jour, un service d'accompagnement à domicile, des groupes d'entraide et une offre de rencontre avec les familles des personnes atteintes, l'intégration des services étant au fondement même de l'approche.

La Gestion autonome de la médication. Cette deuxième pratique novatrice émane de la prise de parole de personnes vivant avec un trouble de santé mentale et consommant des médicaments psychotropes. Développée à partir de 1993 au sein du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), avec l'appui d'une équipe de recherche universitaire (l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture [ÉRASME]) et de l'Association des organismes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), la GAM vise à redonner aux personnes du pouvoir sur leur rétablissement, en encourageant la prise en compte de leur point de vue et de leur subjectivité dans l'ajustement de leur médication. La pratique prévoit un accompagnement individuel et collectif, incluant de la formation, de l'information sur la médication et la participation à des groupes d'entraide (Rodriguez et Poirel, 2007). La GAM a connu trois projets pilotes : un premier initié par les groupes promoteurs (RRASMQ, AGIDD-SMQ et ÉRASME) où l'approche a été expérimentée dans dix ressources alternatives en santé mentale de 1998 à 2001, un second financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) où l'approche a été implantée systématiquement dans trois régions du Québec (Lanaudière, Gaspésie et secteur nord de Montréal) de 2002 à 2005 et un troisième, plus récent, où l'approche a été consolidée dans cinq organismes membres du RRASMQ de 2016 à 2018 (Poirel, Lauzier et Pavois, 2018). Un forum international sur la GAM, aussi financé par le MSSS, a également été organisé en 2007.

Le soutien communautaire en logement social. Expérimentée à la fin des années 1980 par la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM), cette pratique visait à l'origine à assurer la stabilité résidentielle des personnes vulnérables à risque d'itinérance dans un contexte d'augmentation du nombre de sans-abris (Jetté et al., 1998). L'idée était d'offrir un logement social et un accompagnement directement dans le milieu de vie pour éviter que les personnes ne retournent ou se retrouvent à la rue. Au fil de sa diffusion au sein du secteur des OSBL d'habitation durant les années 1990, la pratique a progressivement été élargie à d'autres groupes cibles (personnes âgées, personnes ayant un problème de santé mentale, etc.). Le soutien communautaire englobe un ensemble varié d'activités, « allant de l'accueil à la référence, en passant par l'accompagnement auprès de services publics, la gestion des conflits entre locataires, l'intervention en situation de crise, l'intervention psychosociale, le support au comité de locataires et aux autres comités et l'organisation communautaire » (Gouvernement du Québec, 2007, p. 8). La lutte pour sa reconnaissance et son financement a été essentiellement portée par la FOHM et le Réseau québécois des OSBL d'habitation (RQOH), fondé en 2000, notamment pour cette raison. À partir de 2002, à la suite d'un changement législatif reconnaissant la mission sociale des offices municipaux d'habitation (OMH) responsables du logement public, ce milieu a lui aussi commencé à s'approprier la pratique. Après avoir bénéficié de mesures ponctuelles de financement⁵, le soutien communautaire en logement social a reçu un appui financier permanent de 5 M\$ en 2007 après quatre ans de concertation entre le gouvernement et le milieu communautaire pour élaborer un cadre de référence encadrant la pratique.

LES FORMES DE TRAVAIL INSTITUTIONNEL

Conscients que le travail institutionnel peut comporter une dimension politique (*advocacy*) et une dimension cognitive (systèmes de sens), nous avons fait le choix de concentrer la présentation de nos résultats sur la dimension normative (systèmes de croyances) de cette notion. Ce choix est justifié d'une part par la récurrence de cette dimension dans nos trois études de cas et d'autre part par son importance pour expliquer la variation entre les processus d'institutionnalisation observés. Deux formes de travail institutionnel seront examinées : la constitution de réseaux normatifs et la construction d'identités.

Constitution de réseaux normatifs

Dans leurs travaux, Lawrence et Suddaby (2006) reconnaissent la constitution de réseaux normatifs comme l'une des formes importantes de travail institutionnel. Selon eux, celle-ci renvoie aux connexions inter-organisationnelles qui sont créées par les acteurs et qui permettent de sanctionner les nouvelles pratiques en tant que normes (Lawrence et Suddaby, 2006, p. 221). Cette première forme de travail institutionnel a été observée dans nos trois cas. Les organismes promoteurs ont tous, à un moment ou à un autre du processus d'institutionnalisation, établi des connexions avec d'autres groupes communautaires intervenant dans leur secteur ainsi qu'avec des fonctionnaires, des professionnels (médecins, gestionnaires et intervenants sociaux selon les cas) et des chercheurs afin de partager et soutenir leur pratique. Ils l'ont cependant fait de manière différente.

Le cas du soutien communautaire en logement social s'est avéré particulièrement intéressant sur cet aspect. Comme mentionné, la pratique a été initiée en 1987 par la FOHM, un regroupement d'OSBL d'habitation de la région de Montréal alors nouvellement formé, qui comptait une vingtaine de groupes et qui rejoignait essentiellement des personnes seules et vulnérables, dont plusieurs présentaient des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Le premier projet pilote qui a permis d'expérimenter la pratique a été financé par le MSSS, mais la gestion des fonds a été confiée à la Société d'habitation du Québec (SHQ) et à l'OMH de Montréal. Le projet a rapidement démontré que la pratique du soutien communautaire permettait d'assurer une meilleure stabilité résidentielle chez les personnes à risque d'itinérance.

Au milieu des années 1990, des OSBL d'habitation de Hull (aujourd'hui Gatineau) et Québec, deux autres centres urbains où le nombre de sans-abris était également en croissance, ont pris contact avec la FOHM pour implanter la pratique dans leur milieu. En l'absence de structure de représentation dans ces régions, ces démarches ont amené ces groupes à se doter de regroupements régionaux à l'image de la FOHM. Parallèlement, des OSBL d'habitation pour personnes âgées, principalement situés dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, mettaient aussi sur pied une association nationale pour défendre leurs intérêts. Des échanges entre cette association et les fédérations régionales pratiquant le soutien communautaire ont rapidement mené à la conclusion que le milieu des OSBL d'habitation au Québec devait parler d'une seule voix, ce qui a entraîné en 2000 la création du RQOH, dont le premier objectif a été de faire reconnaître la pratique. Ces connexions ont été déterminantes dans l'élargissement du soutien communautaire à d'autres types de populations vulnérables que les personnes à risque d'itinérance, notamment les personnes âgées. L'argument avancé était que la pratique, sous des modalités variables, pouvait également favoriser la stabilité résidentielle chez ces dernières et donc, leur maintien à domicile.

Tout au long des années 1990, la FOHM a également maintenu des relations étroites avec certains fonctionnaires de la SHQ, qui se sont impliqués dans le développement de la pratique dès le premier projet pilote. Dans le contexte où la SHQ ne pouvait financer que le cadre bâti et non les services offerts dans les logements, ces fonctionnaires ont travaillé activement à l'intérieur de l'administration pour tenter d'amener le MSSS à s'intéresser et à soutenir la pratique. Comme le résumait en entrevue un fonctionnaire de la SHQ impliqué dans le dossier, « on a cogné à la porte du ministère je ne sais combien de fois! » (Entretien C4).

Des connexions ont aussi été établies avec le milieu de la recherche. En 1998, une première étude évaluative sur la pratique, conduite par le Laboratoire de recherche sur les pratiques et politiques sociales (LAREPPS) de l'Université du Québec à Montréal, démontrait que le soutien communautaire améliorait la qualité de vie des personnes rejointes, entre autres en renforçant leurs liens sociaux (Jetté *et al.*, 1998). Menée sous un mode partenarial en collaboration avec la FOHM, cette étude a permis de formaliser davantage la pratique, de mesurer ses effets et comme le soulignait en entrevue une salariée de l'organisme à l'époque, de donner plus de crédibilité à l'approche : « Ça faisait des années que je parlais de notre expérience en essayant de démontrer comment c'était important, mais là je pouvais m'appuyer sur une équipe de scientifiques qui pouvaient faire des démonstrations » (Entretien C3).

En 2002, le milieu des OMH a également commencé à s'approprier la pratique, du moins à utiliser le terme de « soutien communautaire » pour désigner un ensemble de pratiques apparentées qu'il avait lui-même développées au fil du temps, surtout à Montréal, en employant le terme d'« action communautaire » (Morin, Aubry et Vaillancourt, 2007). Alors que la RQOH faisait pression auprès du gouvernement pour obtenir un programme de financement dédié à la pratique et réservé exclusivement aux OSBL d'habitation, l'arrivée des OMH a créé des tensions importantes entre les deux milieux (Jetté et Bergeron-Gaudin, 2017), mais a tout de même conduit à une extension du réseau normatif autour de la pratique.

À la suite des élections provinciales de 2003, le gouvernement libéral nouvellement élu a pris la décision de mettre en place une démarche de concertation devant mener à l'adoption d'un cadre de référence sur la pratique. D'une durée de quatre ans, cette démarche a réuni des représentants du milieu des OSBL d'habitation (FOHM et RQOH) et du milieu des OMH et des fonctionnaires des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, se voulant un exemple d'action intersectorielle gouvernementale (Gouvernement du Québec 2007). En 2007, lors de l'adoption du cadre de référence, auquel était finalement rattaché une enveloppe de 5 M\$, la pratique bénéficiait donc de l'appui des deux réseaux institutionnels et des deux principales filières en logement social au Québec (OSBL d'habitation et OMH). Elle représentait déjà, en ce sens, une norme importante d'intervention dans son domaine.

Le travail institutionnel exercé par les groupes promoteurs pour constituer un réseau normatif s'est manifesté de manière différente dans le cas de la GAM. D'abord, la pratique, initiée en 1993, a été développée par deux regroupements nationaux déjà établis. Le premier, le RRASMQ, avait été créé en 1983 et réunissait une centaine d'organismes communautaires en santé mentale autour d'une vision globale de la personne et d'une réappropriation du pouvoir des individus. Le second, l'AGIDD-SMQ, avait été fondé en 1990 et rassemblait une vingtaine de groupes qui militaient pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Ainsi, contrairement au soutien communautaire en logement social, le travail institutionnel réalisé par les promoteurs de la GAM n'a pas engendré de nouveau regroupement d'organismes. Il s'est plutôt appuyé sur deux réseaux déjà formés.

Autre distinction par rapport au soutien communautaire : la GAM a également profité, dès sa conception et tout au long de son développement, de l'accompagnement d'une équipe de recherche universitaire, ÉRASME, qui était aussi intéressée à trouver des alternatives à la médication des problèmes de santé mentale. Cet accompagnement a contribué à formaliser la pratique et a permis une forme de co-construction des savoirs, combinant les savoirs scientifiques et les savoirs pratiques et expérientiels des usagers et des intervenants. Ce dispositif de recherche partenariale, qui se maintient encore aujourd'hui, a aussi assuré une plus grande visibilité à la pratique à travers certaines publications scientifiques (Rodriguez et Poirel, 2007; Rodriguez, 2005).

C'est en 1998 que les groupes promoteurs de la GAM ont saisi l'occasion créée par l'adoption d'un nouveau plan d'action gouvernementale en santé mentale pour obtenir du financement afin de lancer un premier projet pilote. Ce plan d'action reconnaissait l'importance primordiale de « redonner un sentiment de maîtrise sur sa vie » aux personnes vivant des

problèmes de santé mentale (MSSS 1998a, p. 17). Le démarrage du premier projet pilote coïncidait avec la parution d'un rapport produit par un comité ministériel du MSSS, dans lequel des médecins s'interrogeaient sur les enjeux éthiques liés à la prescription de médicaments (MSSS, 1998b). Les groupes promoteurs ont établi des contacts avec des membres de ce comité afin de leur faire connaître la GAM, dont les principes n'étaient pas très éloignés des conclusions du rapport. Ils ont aussi commencé à la même période à approcher certains psychiatres pour que ceux-ci intègrent la GAM à leur pratique et participent à des activités de formation afin de sensibiliser leurs collègues à l'approche. D'autres connexions ont été faites avec des fonctionnaires de la Direction de la santé mentale et du Comité de la santé mentale au MSSS. Comme le confirmait en entrevue une chercheuse impliquée dans le développement de la pratique, « il y avait des acteurs à l'intérieur du ministère qui comprenaient la GAM » (Entrevue B11).

Lors d'un forum national sur la santé mentale organisé en septembre 2000 pour faire le bilan de l'implantation du plan d'action gouvernementale, la GAM a été mise de l'avant par un groupe de travail sur la transformation des services en santé mentale, qui regroupait plusieurs fonctionnaires sensibilisés à la pratique. Les échanges tenus dans le cadre de ce forum ont été synthétisés en 2001 dans un document intitulé *Accentuer la transformation des services de santé mentale*, dans lequel le ministère s'engageait explicitement à « soutenir des projets visant la gestion autonome des médicaments » (MSSS, 2001, p. 24). Cette reconnaissance a mené au second projet pilote sur la pratique, financé par le MSSS, mais visant à étendre la diffusion de la GAM en dehors du milieu communautaire en l'intégrant au secteur public.

Or, la poursuite de l'institutionnalisation de la pratique au-delà du second projet pilote a été freinée par l'affaiblissement du réseau normatif que les groupes promoteurs avaient réussi à construire. Dans son nouveau plan d'action en matière de santé mentale en 2005, *La force des liens*, le MSSS ne faisait plus référence à la GAM (MSSS, 2005). Cet étiolement des relations entre les groupes promoteurs et le secteur public à cette période s'explique en partie par les bouleversements apportés au système de santé et des services sociaux par la réforme de 2003, inspirée des préceptes de la Nouvelle Gestion publique (NGP) avec une approche plus managériale des services se prêtant mal à la GAM. Ces bouleversements administratifs ont aussi provoqué un mouvement important de personnel au sein du secteur public, qui s'est traduit par une perte des connexions établies par le RRASMQ et l'AGIDD-SMQ. Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) relevait toutefois en 2012 la cohérence de la GAM avec les orientations du réseau de la santé et des services sociaux et ce, même si « elle n'est pas sans susciter des inquiétudes chez certains professionnels » (CSBE, 2012, p. 51).

Il est important de spécifier que certains organismes communautaires en santé mentale ont eux aussi toujours fait preuve de méfiance ou de difficulté à s'approprier la GAM. En effet, comme le souligne un récent rapport publié par le RRASMQ et ÉRASME concernant le troisième projet pilote sur la pratique mené de 2016 à 2018, il subsiste « d'importants défis [...] face à l'implantation de l'approche et de pratiques GAM » et « malgré des percées significatives dans certaines ressources alternatives, plusieurs acteurs font depuis quelques années le constat d'importantes limites dans l'approche » (Poirel, Lauzier et Pavois 2018, p. 7). Comparativement au soutien communautaire en logement social où la pratique a été véritablement le moteur de nouvelles connexions entre les groupes communautaires, la GAM s'est diffusée dans un réseau d'organismes regroupés avant tout autour de valeurs (autonomie, participation, réappropriation du pouvoir, etc.) qui peuvent se traduire différemment dans les approches d'intervention. Cet élément, jumelé à l'effritement du partenariat entre les groupes promoteurs et le secteur public, constituent des pistes d'explication à l'institutionnalisation incomplète de la GAM.

La constitution du réseau normatif autour de Carpe Diem a pris une trajectoire plus simple, qui tient en bonne partie au fait que la pratique repose surtout sur l'initiative individuelle de la fondatrice et directrice de l'organisme plutôt que sur un acteur collectif. Comme mentionné ci-dessus, le groupe a été créé en 1985. À l'origine, il portait le nom de Carpe Diem

– Société Alzheimer de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En 1986, la directrice de l'organisme a participé à la fondation de la Fédération québécoise des sociétés d'Alzheimer (FQSA), qui visait à représenter les sociétés régionales telles que Carpe Diem à l'échelle nationale. Dès ses débuts, la FQSA a mis de l'avant « une approche humaniste dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ainsi que de leurs proches » (Carpe Diem, 2019). La directrice de Carpe Diem a joué un rôle actif au sein de la Fédération tout au long des années 1990 et 2000, allant jusqu'à occuper la fonction de présidente de 1992 à 1996. En 2009, Carpe Diem a cependant décidé de se dissocier de la FQSA, entraînant le changement de nom de l'organisme, renommé Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer l'année suivante. Selon un représentant de la FQSA, cette décision trouve notamment son origine dans le choix du terme utilisé pour désigner l'approche de la Fédération, une « approche humaniste centrée sur la personne », alors que Carpe Diem aurait préféré qu'elle parle littéralement de l'« approche Carpe Diem » (Entrevue A12).

Comme pour les deux autres pratiques, une étude, menée en 2004 par une équipe du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke, a également permis de faire des liens avec le milieu de la recherche et démontrer les effets bénéfiques de la pratique, entre autres concernant la prise de médicaments chez les personnes hébergées (Lalande et Leclerc 2004). Plusieurs professionnels des établissements de santé et de services sociaux au Québec ont également été sensibilisés à l'approche par le biais des formations offertes par la directrice de l'organisme au fil des années. Certains ministres du gouvernement québécois étaient également bien au fait des pratiques développées par l'organisme. Mais ce succès d'estime n'a pas pour autant permis leur diffusion à grande échelle. Il a tout au plus permis d'obtenir certaines dérogations administratives facilitant le financement de l'approche globale promue par l'organisme.⁶

Dans l'ensemble, notre analyse montre donc que l'institutionnalisation des pratiques novatrices des organismes communautaires nécessite la formation d'un réseau normatif, à la fois au sein du milieu communautaire et entre celui-ci et le secteur public. La variation entre nos cas au regard du degré d'institutionnalisation des pratiques indique par ailleurs que ce travail institutionnel de la part des groupes promoteurs doit s'inscrire sur un temps long pour mener à une réelle reconnaissance et un encadrement de l'innovation sociale. De fait, le réseau normatif constitué autour du soutien communautaire en logement social a été maintenu et même élargi, avec l'intégration « forcée » du milieu du logement public, pendant les vingt ans qui ont séparé son expérimentation en 1987 et son institutionnalisation complète en 2007. Cette durabilité du réseau normatif n'a pas été observée dans les deux autres cas, pour des raisons différentes que nous avons évoquées. Dans la lignée de l'institutionnalisme sociologique, ce résultat confirme que le changement institutionnel lié à l'adoption d'une nouvelle norme de pratique dans un secteur donné demande du temps et constitue un processus de longue durée.

Construction d'identités

Un autre résultat marquant de notre étude est la relation étroite qui est apparue entre les pratiques novatrices et l'identité des groupes promoteurs et, conséquemment, l'important travail identitaire suscité par l'institutionnalisation. Lawrence et Suddaby (2006) considèrent la construction d'identités comme une forme de travail institutionnel, également de type normatif, qui permet de définir les fondements moraux et culturels des pratiques. Dans les trois cas, les organismes promoteurs ont exercé cette forme de travail institutionnel, bien souvent en mettant de l'avant les valeurs qui sous-tendent leurs interventions et qui les distinguent des approches plus traditionnelles utilisées par le secteur public. Ce travail a toutefois eu des effets différenciés sur le processus d'institutionnalisation en lui-même.

Dans le cas de Carpe Diem, c'est précisément ce travail de construction identitaire qui explique en grande partie le retrait de l'organisme de son regroupement national, la FQSA, en 2009. Bien que l'approche Carpe Diem ait été reconnue officiellement comme l'approche commune de la Fédération, cette dernière, comme nous l'avons souligné, n'a jamais

utilisé explicitement cette appellation, puisqu'il s'agissait du nom de l'une de ses sociétés membres. Cette mise sous silence de l'origine de l'approche est devenue au fil du temps une source de désaccord, voire de conflit, entre la direction de Carpe Diem et la Fédération qui ne s'entendaient plus sur les principes à respecter pour adhérer à la FQSA. L'organisme a reproché à la Fédération sa tolérance envers certaines sociétés régionales d'Alzheimer dont les pratiques s'écartaient de manière significative de l'approche promue par Carpe Diem, notamment parce qu'elles concluaient des ententes de service avec le secteur public, ce qui venait selon la directrice de l'organisme entamer l'autonomie des groupes et l'originalité de leurs pratiques (Entrevue A3).

Le même genre de tension identitaire a été observé dans le cas du soutien communautaire en logement social, plus particulièrement chez la FOHM. Il faut savoir qu'à la fin des années 1980 et tout au long des années 1990, l'organisme employait plutôt les termes de logement social avec « support communautaire » pour nommer la pratique. Ce n'est que dans les années 2000, dans la foulée des négociations entourant l'élaboration du cadre de référence sur la pratique, que l'appellation de « soutien communautaire » en logement social s'est imposée. D'après un fonctionnaire de la SHQ, ce changement aurait été motivé par des raisons avant tout d'ordre linguistique : « On a traduit parce que les gens [au gouvernement] n'aimaient pas "support communautaire". Il y a des gens à Québec qui ont pensé que c'était une traduction de l'anglais "*community support*" » (Entrevue C4). Or, comme pour Carpe Diem, les mots utilisés pour désigner une approche ont leur importance, entre autres dans la façon dont les organismes communautaires se représentent et conçoivent leurs interventions. Ce procédé d'identification à la pratique est manifeste dans ce témoignage d'une ancienne représentante de la FOHM : « Moi j'ai eu une pratique en logement social avec support communautaire. [...] Donc moi ma pratique, mon expérience, ma vision des choses par rapport à la population qui était visée, c'était de faire du logement avec support communautaire. Vous me parlez de soutien communautaire avec logement, pour moi il y a un décalage dans le concept » (Entrevue C3).

Contrairement à Carpe Diem, ce travail de construction identitaire n'a toutefois pas amené la FOHM à se désaffilier de son regroupement national ou à se retirer de la concertation avec le gouvernement concernant le cadre de référence sur la pratique. Le cadre a néanmoins été accueilli tièdement par le milieu des OSBL d'habitation, certains de ses représentants critiquant le fait que le soutien communautaire s'y limite à une simple liste d'activités, même si la définition présentée s'inspirait fortement de celle développée dans le premier rapport de recherche sur l'expérience fondatrice de la FOHM (Jetté *et al.*, 1998). À la fin des années 2000, la FOHM a même cru bon de s'engager dans une nouvelle démarche collective de réflexion visant à définir clairement ce qu'est le soutien communautaire en logement social et à réaffirmer les principes et les valeurs à la base de la pratique. Cette démarche a donné lieu à la parution d'un manuel de formation (FOHM, 2011) dans lequel on rappelait les fondements de la pratique (conscientisation, *empowerment*, droits de la personne, etc.).

Le scénario a été différent dans le cas de la GAM, dans la mesure où, comme nous l'avons souligné, la pratique a été portée dès le départ par un réseau consolidé d'organismes communautaires, réunis au sein de deux regroupements (RRASMQ et AGIDD-SMQ) qui avaient déjà accompli un travail préalable de construction identitaire pour mobiliser leurs membres. Ce partage préalable de principes et de valeurs n'a néanmoins pas suffi à assurer une appropriation pleine et entière de la pratique par les groupes membres des deux regroupements. Par exemple, lors du second projet pilote mené de 2002 à 2005 dans trois régions, certains organismes devant participer ont exprimé des réticences, voire ont refusé de s'engager dans le projet, n'y voyant pas les avantages et ne se considérant pas non plus suffisamment outillés. Un intervenant communautaire en santé mentale expliquait en entrevue que l'appellation de la GAM continuait aussi d'être une source d'ambiguïté au sein même du milieu, l'approche étant parfois faussement interprétée comme un « appel au sevrage » ou comme de l'« automédication » (Entrevue B13). Cette dynamique rappelle encore une fois l'importance des termes employés pour définir la pratique novatrice et surtout, l'importance de s'entendre sur leur interprétation

commune, ce que peut permettre le travail de construction identitaire. Ce dernier cas montre que cette forme de travail institutionnel n'est pas simplement une étape préalable à l'institutionnalisation de l'innovation et doit être exercée de façon constante au cours du processus.

Selon les contextes, la construction d'identités peut donc agir comme une condition facilitante ou contraignante pour l'institutionnalisation. Dans les trois cas, le partage d'une identité commune a en effet favorisé la mobilisation des groupes promoteurs à certains moments dans leurs tentatives de faire reconnaître et soutenir leur pratique novatrice par l'État. Dans le cas de Carpe Diem, ce travail identitaire a toutefois fait l'objet d'une contestation au cours du processus d'institutionnalisation, l'organisme considérant que l'approche promue par son regroupement national ne respectait pas suffisamment les fondements de sa pratique. Dans le cas de la GAM, le travail de construction identitaire a été fluctuant en raison notamment des inquiétudes manifestées par certains organismes et professionnels quant à certains aspects de la pratique. Seul le soutien communautaire en logement social a profité d'un travail de construction identitaire constant, qui s'est poursuivi, comme nous l'avons vu, au-delà de sa reconnaissance formelle par l'État, mais qui a surtout permis aux groupes promoteurs de s'interroger sur les façons de diffuser la pratique, en la mettant en oeuvre auprès de différents types de populations vulnérables, sans en altérer les fondements.

CONCLUSION

Notre étude montre qu'au-delà des actions prises par l'État pour institutionnaliser certaines des pratiques novatrices des groupes communautaires, ces derniers sont des agents actifs qui travaillent à instituer les normes qu'ils souhaitent voir se généraliser dans un domaine particulier d'intervention. L'usage de la notion de travail institutionnel, telle que développé par la théorie néo-institutionnelle, a permis en effet de s'éloigner d'une vision wébérienne de l'institutionnalisation, où seul l'État a le pouvoir politique et symbolique de sanctionner une nouvelle pratique, pour examiner de plus près le rôle que peuvent jouer les groupes communautaires dans ce processus ainsi que les stratégies qu'ils adoptent pour faire reconnaître et éventuellement financer leurs pratiques.

À cet égard, nous nous sommes principalement attardés à la constitution de réseaux normatifs et la construction d'identités, étant donné leur importance dans nos trois études de cas (voir annexe). L'analyse de ces deux formes de travail institutionnel a permis de mieux comprendre la variation entre nos cas au regard du degré d'institutionnalisation des pratiques. Si ce processus s'est avéré complet pour le soutien communautaire en logement social (la mise en réseau et le développement d'alliances ayant permis une certaine reconnaissance de la pratique avant même sa légitimation institutionnelle par l'adoption d'un cadre de référence en 2007), il n'a été que partiel pour les deux autres pratiques étudiées, soit l'approche Carpe Diem et la GAM. Dans ces deux derniers cas, certaines dynamiques liées à la constitution des réseaux normatifs et la construction identitaire ont compromis à divers degrés l'institutionnalisation.

Ainsi, le retrait de Carpe Diem de sa fédération provinciale (FSAQ) a eu pour conséquence de faire reposer sur les seules épaules de la direction de l'organisme la diffusion de l'approche. Or, malgré les qualités d'entrepreneuriat social manifestes de la direction, et une forte volonté individuelle de faire reconnaître l'approche, cela n'a pu compenser les avantages que procure l'appartenance à un réseau de pratique. Quant à la GAM, l'intensité du travail institutionnel de type normatif effectué par ces acteurs pour la diffuser a fluctué au fil du temps en fonction des priorités des regroupements pour qui l'approche constituait certes un projet important, mais un projet parmi d'autres dans un agenda politique déjà chargé de plusieurs autres enjeux. Ce travail a aussi été fragilisé par une maîtrise et une compréhension variables de la pratique chez certains acteurs susceptibles de la diffuser.

Il faut également souligner que l'approche Carpe Diem et la GAM se sont développées dans un environnement institutionnel se caractérisant par d'importantes rigidités professionnelles et corporatistes liées aux secteurs médico-

hospitalier et psychiatrique. Manuel diagnostic, guides de pratique, protocoles d'intervention : ces deux approches s'adressent à des personnes particulièrement vulnérables dont la prise en charge est traditionnellement rattachée à des dispositifs d'intervention lourds et fortement balisés. Dès lors, nonobstant l'intensité du travail institutionnel exercé par les promoteurs de l'innovation, les avancées du processus d'institutionnalisation restent tributaires des règles et des normes déjà mises en place. Et, à cet égard, on peut penser que les sillons du « sentier de dépendance » (*path dependency*) auxquels font face ces deux approches sont marqués profondément par le type de pratique, les institutions et les professionnels des secteurs public et privé qui évoluent au sein de ces champs d'intervention (maladie d'Alzheimer et santé mentale).

Pour finir, notre étude montre que l'innovation sociale ne devient pas la norme parce que l'État l'a instituée. Au contraire, elle est instituée parce qu'elle est devenue la norme par l'entremise du travail institutionnel des acteurs. L'État est rarement le promoteur de l'innovation, ni même son principal agent de diffusion; il vient plutôt sanctionner et appuyer des pratiques déjà diffusées dans un secteur largement influencé par les promoteurs de l'innovation. Et comme le démontre le cas du soutien communautaire en logement social, l'appropriation et la diffusion de l'innovation sociale en tant que nouvelle norme dans un domaine spécifique d'intervention doivent être envisagées sur le long terme.

NOTES

1. Dans un article qui demeure un classique à ce jour, Hall et Taylor (1997) affirment que la théorie néo-institutionnelle s'est développée en trois branches relativement distinctes : l'institutionnalisme historique, l'institutionnalisme des choix rationnels et l'institutionnalisme sociologique.
2. En plus de la création institutionnelle, Lawrence et Suddaby (2006) reconnaissent deux types de travail institutionnel : le maintien institutionnel, qui désigne le travail exercé par les acteurs en place pour résister au changement, et la déstabilisation institutionnelle, qui renvoie au travail effectué pour convaincre ou contraindre les acteurs à se détourner des institutions en place.
3. Les résultats présentés sont en grande partie tirés d'un projet de recherche financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
4. Le nombre plus élevé d'entretiens réalisés pour le cas du soutien communautaire en logement social, en comparaison avec les deux autres pratiques, s'explique par notre volonté de documenter la forte variation territoriale dans l'institutionnalisation de la pratique (Jetté et Bergeron-Gaudin, 2017).
5. La première mouture du programme provincial AccèsLogis prévoyait un montant de 1000\$ par logement dans le cadre du second volet s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans ou en légère perte d'autonomie pour développer du soutien communautaire. De 1997 à 2002, 730 unités ont été financées par cette mesure. Au fédéral, l'Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC), prévue dans le cadre de l'Initiative nationale pour les sans-abris, a aussi permis de financer un certain nombre de projets de soutien communautaire de 2000 à 2006. (Bergeron-Gaudin et Jetté, 2020).
6. Ces dérogations ont permis notamment à l'organisme de recevoir des sommes en provenance du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) pour son volet hébergement permanent, même si la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec autorise uniquement le financement d'organismes offrant de l'hébergement temporaire (six mois ou moins) pour ce programme (Carpentier, Bergeron-Gaudin et Jetté, 2013).
7. Le tableau est inspiré de Lawrence et Suddaby (2006) et de Zerdani et Bouchard (2016).

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AGIDD-SMQ Association des organismes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec
CLSC Centres locaux de services communautaires

CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
ÉRASME	Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture
FOHM	Fédération des OSBL d'habitation de Montréal
FQSA	Fédération québécoise des Sociétés d'Alzheimer
GAM	Gestion autonome de la médication
LAREPPS	Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
NGP	Nouvelle Gestion publique
OMH	Office municipal d'habitation
OSBL	Organisme sans but lucratif
RQOH	Réseau québécois des OSBL d'habitation
RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
SHQ	Société d'habitation du Québec

RÉFÉRENCES

- Arsenault, G. (2018). *L'économie sociale au Québec. Une perspective politique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bélanger, P. R. et B. Lévesque (1990). Le système de santé et de services sociaux au Québec : crise des relations de travail et du mode de consommation. *Sociologie du travail*, 2, 231–244.
- Bélanger, P. R. et B. Lévesque (1991). La théorie de la régulation, du rapport salarial au rapport de consommation. Un point de vue sociologique. *Cahiers de recherche sociologique*, 17, 17–51.
- Ben Slimane, K. et B. Leca (2010). Le travail institutionnel : origines théoriques, défis et perspectives. *Management & Avenir*, 37(7), 53–69.
- Bergeron-Gaudin, J.-V. et C. Jetté (2020). *Le transfert de l'innovation sociale. Le cas du soutien communautaire en logement social au Québec*. Montréal : Cahiers du CRISES (à paraître).
- Boltanski, L. et É. Chiapello (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Éditions Gallimard.
- Bouchard, M. J. (2011). L'innovation sociale en économie sociale. Dans M. J. Bouchard (dir.), *L'économie sociale, vecteur d'innovation sociale. L'expérience du Québec* (pp. 1–20). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Caillouette, J. et S. A. Soussi (2014). L'espace de recherche partenariale. Le poids des identités d'acteurs. Dans J.-M. Fontan, J.-L. Klein et D. Bussièrès (dir.), *Le défi de l'innovation sociale partagée. Savoirs croisés* (pp. 35–53). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Carpe Diem (2019). Vision et mission. En ligne : <https://alzheimer.ca/fr/federationquebecoise/About-us/Vision-and-mission>, consulté le 16 mai 2020.
- Carpentier, M.-È., Bergeron-Gaudin, J.-V. et C. Jetté (2013). *Le transfert de l'innovation sociale à la Maison Carpe Diem : entre volonté individuelle et contraintes institutionnelles*. Montréal : Cahiers du LAREPPS 13–07.
- Comeau, Y. (2000). *Grille de collecte et de catégorisation pour l'étude d'activités de l'économie sociale et solidaire*. Montréal : Cahiers du CRISES ET9605.
- Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) (1985). *La santé mentale. Rôles et place des ressources alternatives*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Depelteau, J., Fortier, F. et G. Hébert (2013). *Les organismes communautaires au Québec : financement et évolution des pratiques*. Montréal : IRIS.

- DiMaggio, P. J. (1988). Interest and agency in institutional theory. Dans L. G. Zucker (dir.), *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment* (pp. 3–22). Cambridge, MA : Ballinger.
- Duval, M., Fontaine, A., Fournier, D., Garon, S. et J.-F. René (2004). *Les organismes communautaires au Québec. Pratiques et enjeux*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Evers, A. et J.-L. Laville (2004). Social services by social enterprises: on the possible contributions of hybrid organizations and a civil society. Dans A. Evers et J.-L. Laville (dir.), *The Third Sector in Europe* (pp. 237–255). Cheltenham, UK et Northampton, MA : Edward Elgar.
- Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM) (2011). *Manuel de la FOHM : le soutien communautaire*. Montréal : FOHM.
- George, A. et A. Bennett (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge et London : MIT Press.
- Goldenberg, M., Kamoji, W., Orton, L. et M. Williamson (2009). *Social Innovation in Canada: An Update*. Ottawa : Canadian Policy Research Networks.
- Gouvernement du Québec (2007). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Hall, P. A. et R. C.R. Taylor (1997). La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*, 47(3-4), 469–497.
- Howaldt, J. et M. Schwarz (2010). *Social Innovation: Concepts, Research fields and international trends*. Dortmund : Aachen University.
- Jenson, J. (2015). Social innovation: Redesigning the welfare diamond. Dans A. Nicholls, J. Simon, M. Gabriel et C. Whelan (dir.), *New Frontiers in Social Innovation Research* (pp. 89–106). New-York : Palgrave MacMillan.
- Jenson, J. (1998). Reconnaître les différences : sociétés distinctes, régimes de citoyenneté, partenariat. Dans G. Laforest et R. Gibbins (dir.), *Sortir de l'impasse. Les voies de la réconciliation* (pp. 235–262). Montréal : Institut de recherches en politiques publiques.
- Jetté, C. (2008). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence. Trois décennies de co-construction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Jetté, C. et J.-V. Bergeron-Gaudin (2017). La pratique du soutien communautaire en logement social au Québec : une institutionnalisation modulée selon les territoires. *Les Politiques sociales*, 3-4, 90–101.
- Jetté, C., Benesty, L., Bergeron-Gaudin, J.-V. et S. Éthier (2019). *Le transfert de l'innovation sociale et la Gestion autonome de la médication en santé mentale : les logiques alternatives du milieu communautaire à l'épreuve du pouvoir biomédical*. Montréal : Cahiers du CRISES ES-1901.
- Jetté, C., Thériault, L., Vaillancourt, Y. et R. Mathieu (1998). *Évaluation du logement social avec support communautaire à la Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM) : intervention auprès des personnes seules, à faibles revenus et à risque de marginalisation sociale dans les quartiers centraux de Montréal*. Montréal : Cahiers du LAREPPS 97–08.
- Lalande, G. et G. Leclerc (2004). *L'approche Carpe Diem et l'approche prothétique élargie : une étude descriptive et comparative*. Rapport de recherche, Institut universitaire de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement.
- Lamoureux, H. (2010). *La pratique de l'action communautaire autonome. Origine, continuité, reconnaissance et ruptures*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Laville, J.-L. (2016). L'économie sociale et solidaire, l'entrepreneuriat social et l'innovation sociale : une mise en perspective historique. Dans J.-L. Klein, A. Camus, C. Jetté, C. Champagne et M. Roy (dir.), *La transformation sociale par l'innovation sociale* (pp. 13–20). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Lawrence, T. B., Roy, S. et B. Leca (2009). Introduction: theorizing and studying institutional work. Dans Lawrence, T. B. Lawrence, S. Roy et B. Leca (dir.), *Institutional Work: Actors and Agency in Institutional Studies of Organization* (pp. 1–27). Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Lawrence, T. B. et R. Suddaby (2006). Institutions and institutional work. Dans Stewart R. Clegg, Cynthia Hardy, Thomas B. Lawrence et Walter R. Nord (dir.), *Sage Handbook of Organization Studies* (pp. 215–254). London : Sage.
- Lecours, A. (2002). L'approche néo-institutionnaliste en science politique : unité ou diversité? *Politique et Sociétés*, 21(3), 3–19.
- Lévesque, B., Fontan, J.-M. et J.-L. Klein (dir.) (2014). *L'innovation sociale. Les marches d'une construction théorique et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lévesque, B. et B. Thiry (2008). Conclusions. Concurrence et partenariat, deux vecteurs de la reconfiguration des nouveaux régimes de la gouvernance des services sociaux et de la santé. Dans B. Enjolras (dir.), *Gouvernance et intérêt général dans les services sociaux et de santé* (pp. 227–261). Bruxelles : Peter Lang.
- Levy, J. S. (2007). Case studies: Types, designs, and logics of inference. *Conflict Management and Peace Science*, 25(1), 1–18.
- Masson, D. (2015). Institutionalization, state funding, advocacy in the Quebec women's movement. Dans H. Ramos et K. Rodgers (dir.), *Protest and Politics: The Promise of Social Movement Societies* (pp. 79–97). Vancouver : UBC Press.
- Miles, M. B. et M. A. Huberman (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005–2010. La force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998b). *Pour une gestion autonome de la médication. Mythe ou réalité. Avis du sous-comité sevrage*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Montpetit, É. (2003). Les réseaux néocorporatistes québécois à l'épreuve du fédéralisme canadien et de l'internationalisation. Dans A.-G. Gagnon (dir.), *Québec : État et société. Tome II* (pp. 191–208). Montréal : Éditions Québec/Amérique.
- Morin, P., Aubry, F. et Y. Vaillancourt (2007). *Les pratiques d'action communautaire en milieu HLM : inventaire analytique*. Montréal : LAREPPS/SHQ.
- Mulgan, G. (2015). Foreword: The study of social innovation – theory, practice and progress. Dans N. Nicholls, J. Simon et M. Gabriel (dir.), *New Frontiers in Social Innovation Research* (pp. x–xx). New-York, Palgrave MacMillan.
- Phillips, S. D., Laforest, R. et A. Graham (2010). From shopping to social innovation: Getting public financing right in Canada. *Policy and Society*, 29(3), 189–199.
- Poirel, M.-L., Lauzier, M. et A. Pavois (2018). *Soutien à l'implantation et à la consolidation de la Gestion autonome de la médication (GAM) au sein de ressources alternatives en santé mentale et dans la sensibilisation d'acteurs de la communauté. Rapport d'activités*. Montréal : ÉRASME et RRESMQ.
- Richez-Battesti, N. (2011). L'innovation sociale comme levier du développement entrepreneurial local : un incubateur dédié en Languedoc-Roussillon. Dans S. Michun (dir.), *Démographie et mutations économiques : les territoires en mouvement* (pp. 97–109). Marseille : CEREQ.
- Rigaud, B., Côté, L., Lévesque, B., Facal, J. et L. Bernier (2010). Les complémentarités institutionnelles du modèle québécois de développement. *Recherches sociographiques*, 51(1–2), 13–43.

Jetté & Bergeron-Gaudin (2020)

- Rodriguez, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 237–255.
- Rodriguez, L. et M.-L. Poirel (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : La Gestion autonome des médicaments de l'âme. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 111–127.
- Shields, G. (2010). Le renouvellement de la politique sociale de l'emploi par la contractualisation avec les organismes communautaires québécois. Dans C. Jetté et G. Shields (dir.), *Le développement de l'économie sociale au Québec. Territoires et interventions* (117–139). Québec : Éditions Saint-Martin.
- Unger, R. M. (2015). The task of the social innovation movement. Dans A. Nicholls, J. Simon, M. Gabriel et C. Whelan (dir.), *New Frontiers in Social Innovation Research* (233–252). New-York : Palgrave MacMillan.
- Vaillancourt, Y. (2019). De la co-construction des connaissances et des politiques publiques. *SociologieS*. En ligne : <http://journals.openedition.org/sociologies/11589>, consulté le 16 mai 2020.
- Vaillancourt, Y. (2014). Le tiers secteur dans la co-construction des politiques publiques canadiennes. *Canadian Public Policy / Analyse de politiques*, 40(1), S4–S16.
- Vaillancourt, Y., Ducharme, M.-N., Aubry, F. et S. Grenier (2017). L'État partenaire ou la co-construction des politiques publiques au Canada : le cas d'AccèsLogis Québec. Dans J.-C. Barbier (dir), *Économie sociale et solidaire et État. À la recherche d'un partenariat pour l'action* (pp. 137–152). Paris : IGPDE.
- Westley, F., Antadze, N., Riddell, D. J., Robinson, K. et S. Geobey (2014). Five configurations for scaling up social innovation: Case examples of nonprofit organizations from Canada, *The Journal of Applied Behavioral Science*, 50(3), 234–260.
- White, D. (2012). L'institutionnalisation de la résistance : la politique québécoise de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire. *Cahiers de recherche sociologique*, 53, 89–120.
- Zerdani, T. et M. J. Bouchard (2016). Réseau de la finance solidaire et responsable au Québec. Co-construction d'un champ institutionnel dans l'écosystème d'économie sociale et solidaire. *Revue Interventions économiques*, 54. En ligne : <http://journals.openedition.org/interventionseconomiques/2727>, consulté le 16 mai 2020.

LES AUTEURS / ABOUT THE AUTHORS

Christian Jetté est Professeur à l'École de travail social à l'Université de Montréal. Courriel : christian.jette@umontreal.ca

Jean-Vincent Bergeron-Gaudin est Doctorant en science politique à l'Université de Montréal. Courriel : jean-vincent.bergeron-gaudin@umontreal.ca

ANNEXE

Tableau 1 – Synthèse des résultats⁷

	Formes du travail institutionnel		Intégration de la pratique aux politiques sociales
	Constitution de réseaux normatifs	Construction d'identités	
Carpe Diem	Dans un premier temps : intégration à la Fédération québécoise des Sociétés d'Alzheimer Dans un second temps : retrait de la Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer Soutien d'acteurs : - Ministres de la SSS - Intervenants sociaux - Chercheurs de U. de Sherbrooke	Tension avec la Fédération québécoise des Sociétés d'Alzheimer concernant la désignation de la pratique : approche humaniste vs approche Carpe Diem Repli sur la définition initiale de la pratique : Carpe Diem - Centre de ressources Alzheimer	Dérogation du MSSS pour l'obtention d'un financement spécifique à Carpe Diem
GAM	Soutien d'acteurs et de réseaux déjà existants : - RRASMQ - AGIDD - SMQ - Fonctionnaires MSSS- Professionnels (psychiatres, etc.) - Chercheurs ÉRASME	Persistance d'ambiguïtés face à la GAM chez certains membres des groupes promoteurs malgré des valeurs de base communes Difficultés de certains acteurs à s'approprier la GAM	Financement d'un projet pilote, inscription de la pratique aux orientations de la politique en santé mentale de 1998 et reconnaissance pondérée de la GAM par le CSBE en 2012
SCLS	Soutien d'acteurs et de réseaux déjà existants : - FOHM (OSBL d'habitation) - OMH (habitations à loyer modique) - Fonctionnaires de la SHQ- Fonctionnaires du MSSS - Chercheurs LAREPPS Création d'un nouveau réseau pour soutenir le SCLS : RQOH (OSBL d'habitation)	Passage du concept de support communautaire à celui de soutien communautaire Élargissement de la pratique aux aînés Poursuite de la réflexion sur la définition du SCLS par la FOHM	Financement permanent attribué à la pratique et adoption d'un cadre de référence en 2007 par le MSSS