

# IMPASSES ÉTICOS DE LAS POLÍTICAS SOCIALES DE ACTIVACIÓN <sup>1</sup>

Gonin, A., Grenier, J., & Lapierre, J. A.\*

## RESUMEN

Desde hace más de veinte años, importantes transformaciones han sido efectuadas en el seno de las políticas sociales implementadas en América del Norte, Oceanía y Europa del Este. Este viraje político puede ser comprendido como un remplazo de las formas que adquiría el Estado-providencia por el modelo del Estado social activo. En un primer momento, este artículo se consagrará a la descripción de las principales características de las políticas sociales de activación. Más adelante, se analizarán los impasses éticos que estas políticas presentan a partir de investigaciones sobre profesionales de la intervención social que trabajan en el marco de estas políticas y sobre la experiencia de sus destinatarios.

**PALABRAS CLAVE:** Intervención social, trabajo social, políticas sociales de activación, Estado social activo, temas éticos, *burn-out*.

## ABSTRACT:

Since more than 20 years, major changes occurred in the social policies of North America, Oceania and Western Europe. This political turn can be seen as a replacement of previous forms of Welfare State by the model of the Active Social State. This paper will first describe the main features of activation social policies, and then analyze the ethical deadlocks they present, on the basis of empirical studies involving workers of the social field and people targeted by these policies.

## KEYWORDS:

Social intervention; social work; activation social policies; Active Social State; ethical issues; burn-out.

1. *Impasses éthiques des politiques sociales d'activation. Nouvelles pratiques sociales*, 25 (1), 166-186 (2012).

\* Audrey Gonin es académica de la Escuela de Trabajo Social de la Université du Québec à Montreal. Joséé Grenier es académica del Departamento de Trabajo Social de la Université du Québec en Outaouais. Josée-Anne Lapierre trabaja en el centro de salud y de servicios sociales Ahuntsic-Montreal Nord.

Desde hace más de veinte años, importantes transformaciones han sido efectuadas en el seno de las políticas sociales implementadas en América del Norte, Europa del Este y Oceanía. Una transformación de las referencias teóricas, axiológicas (valores promulgados), y metodológicas de las políticas sociales puede ser observada en relación a las formas que tomó el Estado-providencia luego de la Gran Depresión y de la Segunda Guerra Mundial. En efecto, los objetivos, el discurso, la organización y las prácticas de los organismos públicos, parapúblicos y comunitarios que tienen un mandato de ayuda o de acción social se ven modificados según una racionalidad calificada por diversos autores como “modelo del Estado social activo” (Barbier, 2009; Franssen, 2008; Oriane, 2004; Verhoeven, 2002). En un primer momento, este artículo describirá la naturaleza de este cambio e identificará las características de las políticas sociales de activación entendidas como movimiento político, institucional y organizacional actualmente dominante en la mayor parte de los países miembros de la Organización de cooperación y de desarrollo económicos (OCDE). Luego de este estado de situación y basados en la síntesis de los escritos que analizan la evolución actual del campo de lo social en diferentes países de la OCDE y de las observaciones de terreno realizadas en Quebec y en Francia, la pregunta siguiente será examinada: ¿en qué sentido las políticas sociales de activación pueden presentar impases éticos durante su implantación sobre los grupos a los cuales están dirigidas? Este cuestionamiento encuentra su origen en las constataciones siguientes: por una parte, fenómenos de “pérdida de sentido”, de falta de compromiso, de desgaste (*burn-out*) en los profesionales de la intervención social han sido ampliamente documentados en los últimos años (en Australia y en Gran Bretaña: Meagher y Parton, 2004; en Francia: Molinier, 2004; y, más cerca de Quebec, en la Nueva Escocia: Weinberg, 2009, y en Quebec:

Vézina y Saint-Arnaud, 2011). Todo aquello es testimonio de un malestar bastante generalizado en este campo. Por otro lado, los efectos de estos cambios para la población acogida en los organismos sociales han sido sorprendentemente poco documentados. Igualmente es posible identificar algunas críticas alrededor de los puntos siguientes que surgen de la población en situación de pobreza (Durif-Bruckert y Gonin, 2011): la percepción de incongruencia entre los servicios ofrecidos y las necesidades de los usuarios –en particular, las exigencias ligadas al uso de los servicios son vistas como incongruentes con la realidad en la que los y las usuarias viven–, la complejidad y el fraccionamiento de los caminos a seguir para obtener la ayuda o los cuidados necesarios y el sentimiento de no ser reconocido/a en la relación con los profesionales (ver también Grenier, 2011).

Hay entonces lugar para cuestionarse sobre las transformaciones que marcan actualmente el campo de la intervención social: sí, de manera realista, no es posible esperar que las políticas sociales sean perfectas, es posible sin embargo preguntarse si el modelo del Estado social activo no desemboca en impases éticos considerables para la población y los profesionales comprometidos en la intervención social.

### EL ESTADO SOCIAL ACTIVO: ACTIVAR A LOS USUARIOS Y A LOS PROFESIONALES

“Cada vez más, nos piden producir, tener resultados”. Sra. A., trabajadora social, Montreal, Quebec.

“Pero yo soy alguien que, insisto, cree en el potencial de la persona, y que es exigente. Ya que, dado que yo creo, yo exijo... yo tengo el derecho de exigir lo mejor de ellos mismos. En general, eso los anima”. (Sra. E., consejera en inserción profesional, Lyon, Francia).

El modelo del Estado social activo se gestó a partir de una crítica de los modelos de Estado-providencia y de Estado de Bienestar desarrollados en el curso del siglo XX (Franssen,

2003). Los rasgos comunes de estos últimos, pese a la diversidad de formas que ellos adquirieron según los países (Esping-Andersen, 1990; Ferragina y Seeleib-Kaiser, 2011), se miden más bien considerando las transformaciones operadas entre 1990 y 2010. El viraje político recientemente efectuado hacia la acentuación de la responsabilidad individual, en América del Norte (Hacker, 2006), en Oceanía (Lonne, McDonald y Fox, 2004) y en Europa (Van Oorschot, 2006; Hache, 2007; Franssen, 2008), muestra en qué sentido las políticas sociales desplegadas progresivamente en el transcurso del siglo XX reposaban principalmente sobre la distribución de las riquezas (más o menos amplia) y sobre una concepción más colectiva de las responsabilidades vinculadas a los problemas sociales –bien que esto sea en el plano de la explicación de sus orígenes o de las respuestas a esos problemas sociales–. Tal como lo enfatiza Wim Van Oorschot a propósito de las políticas sociales danesas: “El sistema no solo ha perdido una parte de su carácter solidario, él se ha vuelto menos colectivo” (2006: 13).

Este viraje puede ser vinculado al discurso social que moviliza la figura del “asistido” (Morel, 2002) en tanto que individuo pasivo que “se aprovecha” del sistema y no hace los esfuerzos suficientes para “hacerse cargo de sí mismo” en lo que respecta a su salud, situación social o incluso profesional (ver Ross, 2009, un ejemplo de este discurso en los Estados Unidos de los años 1980). Al reactualizar la figura del “mal pobre” (Geremek, 1978), el “asistido” representa el reverso del “contribuyente” y viene a justificar el hecho de “activar a los ciudadanos, sus competencias, sus recursos” (Verhoeven, 2002: 13) presuponiendo en ellos una tendencia a la pasividad. Así, las políticas sociales de activación hunden sus raíces en la corriente del *workfare*, iniciado en los años 1970 en los Estados Unidos bajo la administración de Richard Nixon. Sin embargo, la lógica inicialmente solicitada por la gestión social del desempleo y de la pobreza

se hizo extensiva al sector de la salud y de los servicios sociales en su conjunto. Este nuevo modelo de acción pública en el campo social y de la salud transforma profundamente los objetivos y el funcionamiento de los organismos cuya acción toca la población en situación de pobreza, desempleados, discapacitados, excluidos, etc. Como lo subraya Jean-François Oriane: La “activación” reviste una doble significación: 1) “activar” el gasto público para asegurar una gestión proactiva de los riesgos sociales; 2) “activar” los individuos a quienes atañe este gasto público, por una parte los beneficiarios, por otra los profesionales encargados de ejecutar las políticas públicas (2005: 2).

La activación de los beneficiarios de estas políticas se apoya en las nuevas formas de condicionalidad (Dufour, Boismenu y Noël, 2003) de la atribución de las ayudas o de los servicios: más allá de las condiciones ligadas a la situación de los individuos (desempleo, pobreza, situación de calle, etc.), la atribución puede hacerse condicional a la puesta en práctica de ciertas conductas. Los beneficiarios deben así, por ejemplo, demostrar que han buscado activamente un empleo, o que la “obligación de inserción”<sup>35</sup> ha sido respetada. El discurso estatal e institucional en relación a los “derechos y deberes” o de las “responsabilidades” de los beneficiarios, presentes tanto en Francia como en Quebec (Morel, 2002), se inscribe en esta transformación ideológica. Ahora bien, si las ayudas o servicios son otorgados bajo la condición de cumplir ciertos deberes, es el principio mismo del derecho a esos bienes que es cuestionado y los bienes se convierten en privilegios susceptibles de ser revocados. Estas formas de condicionalidad deben ser vinculadas a la acentuación de la responsabilidad individual (Soulet, 2005) que caracteriza las políticas sociales de activación: “En todos los países [que implementan estas políticas], la retórica política ha perseguido objetivos simbólicos de afirmación de un discurso de responsabilización (y de

culpabilización) de las personas” (Barbier, 2009: 28). Esta forma de condicionalidad del acceso a los servicios o a la ayuda válida, en el plano político, un clima de desconfianza frente a las personas a las que se dirigen las políticas sociales y de salud. Ella traduce la suspicacia en cuanto a sus capacidades o a su buena voluntad (falta de voluntad para “salir adelante”, para esforzarse o trabajar), lo que indica y ratifica el hecho de que las confianzas de base frente a ciertos ciudadanos y ciudadanas se hayan quebrado.

Por otra lado, el financiamiento de los organismos y de los programas sociales se hizo igualmente condicional al hecho de alcanzar un “blanco” y de demostrar su “performance” (AQESSS, 2011) sobre la base de datos cuantitativos. La obligación de medios anteriormente esperada del campo de la salud y de los servicios sociales se ve así doblada por una obligación de resultados. En esta perspectiva, la de ahora en adelante célebre “nueva gestión pública” puede ser comprendida como un medio de activación del gasto público y de los profesionales del campo social. Nuevos modelos organizacionales son desarrollados para implantar estas transformaciones políticas e ideológicas: Poco a poco, se hizo el hábito de importar [en el servicio público] los principios y los métodos provenientes del mundo de la empresa, la cual sería, debido a su exposición al mercado, constreñida a una eficacia óptima. Es importante distinguir dos principios de gestión y de organización que son aplicados al servicio público: 1) principios de economía de escala destinados a mejorar la eficiencia: productividad, concentración de los establecimientos, especialización de las prestaciones, informatización del acceso a la información; 2) principios fundados en el contrato, en la gestión de los recursos, destinados a estimular la eficacia de la organización y la gestión: contractualización de los objetivos, descentralización de la gestión, solicitud de auditorías, externalización y subcontratación, gestión de recursos humanos, gestión individualizada

de las competencias, evaluación de resultados... (Ginsbourger, 2008: 21).

Lo que es descrito por Francis Ginsbourger en relación a las transformaciones de los servicios públicos corresponde igualmente a las realidades del contexto quebequense, y concierne por otra parte a los organismos parapúblicos y a veces incluso a los organismos creados por la sociedad civil (tal como los organismos comunitarios). Aquello también confluye con lo señalado por Gabrielle Meagher y Nigel Parton: “El proceso de modernización puede ser visto como una profundización de la creciente gestión del trabajo social y del cuidado social a través de un intenso foco puesto en la performance y en la eficiencia de los blancos, siempre juntos con el creciente énfasis en regímenes centralizados y procedurales de inspección y escrutinio” (2004: 11).

En relación con la estandarización inherente a estas formas de regulación, las políticas sociales de activación entran en coherencia con la epistemología basada en la evidencia (Couturier y Carrier, 2003; Paillé, 2012) y en las “mejores prácticas” definidas a partir de esta epistemología. Este vínculo es explícitamente formulado en un documento oficial del Ministerio de la Salud y de los Servicios sociales de Quebec: Por una parte, la estandarización tiene por objetivo el alineamiento de las prácticas con las normas y los estándares reconocidos y aplicables a los contextos locales. La estandarización se aplica también a las prácticas clínicas individuales y de grupo por medio de la adhesión a protocolos o líneas directivas fundadas sobre la evidencia o las mejores prácticas según el consenso de los expertos (MSSS, 2004: 25). Con estos protocolos y líneas directivas que corresponden a una representación precisa de los procedimientos de intervención, se hace posible un control más estrecho de las actividades de intervención en nombre de “la apreciación de la performance” de los organismos, así como, de un punto de vista individual, de la performance de los profesionales de la intervención.

Las comparaciones mensuales efectuadas entre los Centros locales de servicios comunitarios (MSSS, 2009) y más ampliamente en el seno de la red de la salud y de los servicios sociales a nivel local, regional y provincial, se inscriben en esta lógica.

Como lo subraya Philippe Chanial (2010) así como Meagher y Healy (2003), este modelo encuentra su justificación en la lógica, por lo demás legítima, del mejoramiento de los servicios entregados y de la vigilancia de la buena utilización de los fondos públicos (estos dos objetivos se combinan en los principios de eficiencia y de eficacia). Sin embargo, ¿podemos afirmar que las políticas de activación permiten efectivamente de alcanzar esos objetivos? Jean Claude Barbier (2009) afirma que, sobre el plano económico y social, las promesas de estas políticas en cuanto a la reducción de la pobreza y de la exclusión social no se sostienen. Aplicando los principios reivindicados por estas políticas, su eficacia para actuar sobre los problemas sociales de este tipo está lejos de ser demostrada. Desde un punto de vista más cualitativo, ¿que podemos decir de los efectos de estas políticas sobre los beneficiarios y los profesionales encargados de ejecutarlas? Un análisis crítico de los impactos de estas políticas en el plano ético será desarrollado a partir de las observaciones realizadas en tres contextos distintos.

### ¿EN QUÉ SENTIDO LAS POLÍTICAS SOCIALES DE ACTIVACIÓN PRESENTAN IMPASES ÉTICOS?

El análisis desarrollado a continuación se apoya en la evidencia empírica proveniente de tres terrenos de investigación: una llevada a cabo en Francia sobre profesionales de la intervención social (Gonin, 2008), otra realizada en Quebec sobre trabajadores sociales el año 2010 y una investigación realizada en Quebec sobre adultos mayores beneficiarios de intervenciones sociales (Grenier, 2011). Estas investigaciones documentan la vivencia subjetiva de los actores que han experimentado la aplicación directa de políticas sociales

de activación. El enfoque inductivo y cualitativo privilegiado en estas investigaciones permite escuchar los puntos de vista de los sujetos respecto de su práctica profesional cotidiana o de los servicios recibidos, sobre la base de preguntas abiertas que dejan a los participantes elegir aquellos temas sobre los que desean hablar.

Las dos investigaciones que permitieron recoger el punto de vista de los profesionales de la intervención, en Francia y en Quebec, buscan documentar de manera general la concepción que ellos tienen de su rol –funciones, contexto y modalidades del ejercicio profesional–. El mismo proceso de investigación fue aplicado a los dos terrenos: la recogida de datos consistía en solicitar a los profesionales describir su rol y contar experiencias de prácticas de intervención hablando sobre los aspectos positivos y negativos de su trabajo. Veintisiete entrevistas no directivas fueron realizadas en Francia (14 consejeros y consejeras en inserción profesional que trabajan en asociaciones de inserción de la región de Lyon y 13 asistentes de servicio social del consejo general de Rhône), y en Quebec, 9 entrevistas fueron realizadas con trabajadores y trabajadoras sociales que ejercen en un Centro de servicios sociales y de salud (CSSS) de la ciudad de Montreal (servicio de ayuda a domicilio, medio escolar y atención psicosocial). Este cuerpo de datos fue analizado a través de diferentes métodos: análisis temático (Braun y Clarke, 2006), análisis de las relaciones lógicas (Gonin, 2008), tratamiento de los datos con el programa Alceste (Reinert, 2001), en una perspectiva de triangulación metodológica (Flick, 1998). La queja bastante masiva que emergió en el transcurso de esta investigación, tanto en Francia como en Quebec, fue una sorpresa: estos datos nos llevaron a preguntarnos por los orígenes de este discurso muy crítico sobre la orientación y la organización de las intervenciones. La enunciación de este punto de vista crítico debiera ser situado en el contexto del lugar y los intereses que los profesionales de

la intervención defienden, y los datos recogidos en el marco de nuestras investigaciones no son comprendidos como descripciones neutras de la realidad en la que actúan los participantes. No obstante, las dimensiones subjetiva y colectiva de estas percepciones y tomas de posición tiene, en sí, un valor informativo: estos datos nos reseñan sobre la manera en que estos actores sociales comprenden y son afectados por el contexto en el que se inscribe su actividad. Así, los datos recogidos en el marco de estas investigaciones vienen a documentar de manera cualitativa una dimensión que no es tomada en cuenta en el “Informe de apreciación de la performance del sistema de salud y de servicios sociales (CSBE, 2011): la dimensión del “mantenimiento de los valores” que permitiría estimar el “consenso sobre los valores del sistema y el clima organizacional” (CSBE, 2005: 17). Esta dimensión inicialmente prevista por la evaluación de la performance no ha sido integrada y nuestros datos entregan informaciones cualitativas en este sentido.

Por otra parte, la investigación “Miradas de los adultos mayores sobre el envejecimiento: justicia, autonomía y responsabilidad compartida (Grenier, 2011) entrega un reporte de los discursos de adultos mayores (30 personas), entre 70 y 91 años que reciben cuidados y servicios a domicilio de diversos profesionales. La investigación tenía como objetivo elucidar la relación de estos adultos mayores con los servicios, interrogándolos sobre su vivencia, percepción y expectativas frente al sistema de salud y servicios sociales a través de entrevistas semidirigidas. Los datos fueron clasificados y analizados (Mukamurera, Lacourse y Couturier, 2006) con la ayuda del programa Nvivo y permitieron de poner en evidencia que, paralelamente a la expresión de una satisfacción global, los adultos mayores formulan quejas respecto a actitudes consideradas impersonales o que los desvalorizan. Veremos más adelante en qué sentido estas quejas pueden ser vinculadas a la implantación de las políticas sociales de activación.

## FENÓMENOS DE PÉRDIDA DE CONFIANZA FRENTE A LA INSTITUCIÓN DE PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA INTERVENCIÓN

Los profesionales de la intervención ocupan una posición privilegiada para testimoniar sobre las modalidades de organización de su actividad. ¿Qué dicen estos profesionales sobre la organización de su actividad y cuál es su punto de vista sobre las condiciones actuales de sus prácticas de intervención? De manera general, ellos presentan una mirada bastante crítica sobre las transformaciones recientes del campo social y de la salud, y esto de forma más marcada en el caso de los profesionales que tienen más de diez años de práctica profesional. De un total de 36 participantes que trabajan en diferentes contextos y organismos (la selección fue realizada deliberadamente de manera muy heterogénea), ninguno sostiene que la evolución de las políticas sociales ha sido globalmente positiva, mientras que discursos muy críticos son regularmente enunciados durante las entrevistas. Entre los pocos aspectos percibidos de manera positiva por los participantes, seis profesionales sobre 36 estiman que las políticas actuales permiten de luchar contra el “asistencialismo” o contra las personas que “se aprovechan del sistema”. Por otra parte, la idea que las modalidades de programas de acción o de inserción permiten de dinamizar las personas es expresada por los profesionales, particularmente por los consejeros y consejeras en inserción profesional entrevistadas en Francia (11 apariciones del verbo “dinamizar” en el discurso de 5 profesionales). Estas percepciones positivas representan un contrapunto poco frecuente a una mirada ampliamente negativa sobre la evolución que ha marcado el campo social en los últimos años.

En un primer momento, nosotros hemos descrito las principales características de las políticas sociales de activación: ¿Cómo se traducen concretamente estas características en las prácticas de los profesionales de

la intervención? Los datos empíricos recogidos en el marco de nuestras investigaciones permiten observar las formas que toma el modelo de Estado social activo en diferentes contextos y lugares de práctica. La estandarización de la actividad introduce nuevos funcionamientos, enmarcados por normas, blancos específicos (objetivos cuantitativos) y procedimientos más precisos. A este marco prescriptivo se asocian medios de verificación que buscan asegurarse de manera estrecha que la intervención sigue el curso esperado y que el “blanco” es alcanzado. Por ejemplo, la verificación se efectúa de la manera siguiente en las organizaciones de inserción profesional en Francia que recibe financiamiento del Fondo social europeo: Dado que es Europa, ellos controlan todo. Hay que guardar todo, hay que pensar en archivar bien nuestras convenciones. Para el fin de año, es necesario archivar todo el año, sabiendo que, en general, una vez por año, tenemos un control de los servicios entregados. Entonces por ejemplo, ¿esto quiere decir que uno viene con todas sus casos, ellos toman unos diez al azar y los abren: “¿Qué puede decirme usted de esta persona? ¿Cuáles son sus avances, y su CV, porque no está hecho? ¿Cuáles son sus avances pedagógicos, hasta dónde ha llegado?, etc.”. Tenemos tres minutos por carpeta. (Sra. K., consejera pedagógica en inserción profesional, Lyon, France).

Dado que los consejos generales<sup>36</sup> financian igualmente estos organismos, ellos realizan paralelamente otra verificación de las actividades de intervención: El Consejo General dice: es nuestro deber estar en todo momento a su disposición para hacer el estado de situación de todos los beneficiarios. [...] El año pasado, fuimos tres veces en los tres territorios en donde intervenimos, en un encuentro cara a cara, con nuestra síntesis de evaluación: ahí, uno por uno, 150 personas. Primero: “¿Qué hicieron ustedes? ¿Qué hizo la persona? ¿Por qué la persona está aquí? Su contrato de inserción no está al día...”. ¡Y no pasamos por alto a nin-



guna de las 150 personas!

Así vemos como se despliega concretamente la activación de los profesionales de la intervención quienes deben demostrar la eficacia y la pertinencia de su acción frente a sus financistas, particularmente presentando “indicadores de logro<sup>37</sup>” suficientemente elevados como para que su financiamiento sea reconducido. La verificación de la actividad no es siempre realizada de manera tan estrecha, pero ella está sin embargo bien presente en el espíritu del conjunto de los profesionales de la intervención interrogados, quienes impugnan por otro lado regularmente estas modalidades de verificación: “La rendición de cuentas, tú sabes, la carga administrativa de este programa, ¡uffff! Esto nos impide un poco, yo encuentro, de estar en la acción, además de... dar cuenta realmente de nuestra profesión en el cotidiano, ahí, cuando pasamos prácticamente casi el mismo tiempo llenando formularios, notas, estadísticas...” (Sra. C., trabajadora social en CSSS, Montreal, Quebec).

Seis de los nueve profesionales de la intervención entrevistados en Quebec enuncian espontáneamente que el tiempo dedicado a la rendición de cuentas representa una carga de trabajo importante, y que esto limita, según su experiencia, el tiempo que pueden ocupar en los servicios dirigidos a la población, el análisis y la toma de distancia frente a las situaciones que enfrentan<sup>38</sup>. De manera más general, ninguno de los 36 profesionales entrevistados en Quebec y en Francia afirman que el funcionamiento es más eficaz o eficiente, más bien el sentimiento general es que hubo una reducción de la cantidad de servicios ofrecidos a la población, así como una pérdida de su calidad –en particular la idea de una deshumanización de la intervención es recurrente–. Por otra parte, algunas críticas son formuladas a propósito del uso de los datos estadísticos transmitidos en el marco de la rendición de cuentas: “Lo que yo encuentro difícil es el papeleo, son los papeles, las estadísticas, los formularios... yo encuentro que hay demasia-

do, demasiado control ahora sobre lo que hacemos. Nosotros llevamos las estadísticas desde los años 1980, lo que suponía nos permitiría justificar nuestro presupuesto, nos daría más dinero, pero eso no es realmente lo que ocurre. No hay más dinero, y en un momento dado, se nos dice: “Ustedes han visto tantas personas, ustedes han ocupado tanto tiempo para verlos, y el otro consultorio no lo hace así”. Y ellos no tienen en cuenta la particularidad de cada uno de los territorios. Yo encuentro eso deprimente, euh... frustrante.” (Sra. A., trabajadora social en CSSS, Montreal, Quebec).

El testimonio de esta trabajadora social ilustra claramente el análisis que produce Christophe Dejourns en cuanto a los mecanismos de evaluación de la actividad de los profesionales de la intervención. Las evaluaciones en cuestión, evaluaciones de las performances individuales, son por lo demás criticables ya que son arbitrarias. La evaluación cuantitativa y objetiva del trabajo, en efecto, no puede ser sino el pretexto para la arbitrariedad ya que es fácil mostrar que lo esencial del trabajo no es evaluable ni objetivamente ni cuantitativamente. Se desprende necesariamente de estas evaluaciones un sentimiento confuso de injusticia que juega un rol también en la aparición de descompensaciones, principalmente bajo la forma de síndromes depresivos y de síndromes de persecución (2006: 135).

Un sentimiento de desmoralización se hace muy palpable en los profesionales de la intervención en ciertas entrevistas. Una pérdida de confianza en la institución es expresada de manera recurrente: “Los valores de mi profesión no son necesariamente congruentes con los valores de las instituciones para las cuales yo trabajo. Yo veo que hay como un cambio mayor de paradigma hoy”. (Sra. G., trabajadora social en CSSS, Montreal, Quebec).

“Como es eso que la estructura nota que hay *burn-out*, además desgaste, además... además tú sabes, yo no quiero juzgar, yo intento tener confianza en mi jefa, y en la gran jefa,

y en la gran gran jefa, además euh... yo intento tener confianza en su juicio”. (M.E., trabajador social en CSSS, Montreal, Quebec).

“Tenemos casos increíbles, lo que hace que el lado humano, es tedioso, pero a veces eso se deja un poco de lado... Además eso es una enorme desventaja porque no concuerda con nuestros valores, además nos es muy difícil vivir con eso”. (Sra. F., trabajadora social en CSSS, Montreal, Quebec).

Constatamos así que la supervisión más estrecha de las prácticas, según objetivos y modalidades que son cuestionados por un buen número de profesionales de la intervención, genera en estos últimos un malestar importante. Estas observaciones convergen y otorgan un enfoque cualitativo a los resultados de estudios cuantitativos que muestran, por una parte, un amplio desacuerdo entre los profesionales de la intervención y las transformaciones en las orientaciones y organización del trabajo en la red de la salud y de los servicios sociales en Quebec (Soares, 2010), y por otra parte, los vínculos entre el hecho de tener poca capacidad decisional y el sufrimiento en el trabajo, en el contexto de un trabajo emocionalmente muy exigente (Vézina y Saint-Arnaud, 2011). Estas observaciones confluyen igualmente los resultados de investigaciones realizadas en el sector de la salud en Francia (Molinier, 2004; Cintas, 2007). Precisemos que, en el caso de Quebec, nuestra investigación se llevó a cabo en un CSSS distinto de aquel de la investigación de Soares, lo que parece indicar que el malestar de los profesionales de la intervención excede el caso de un organismo en particular. En Columbia-Británica, el número de licencias por enfermedad aumentó anormalmente entre 2002 y 2006, periodo en el cual 10% del personal del Ministerio del Bienestar de los niños renunciaron a su empleo invocando los motivos siguientes: Casos inmanejables, falta de confianza en todos los niveles de la gestión, altos niveles de estrés, falta de recursos para la prevención y el soporte para los niños y

familias (en Weinberg, 2009: 140). Estas formas de pérdida de confianza de los profesionales frente a su institución, que Merlinda Weinberg analiza desde el ángulo de la aflicción moral, presentan una dimensión internacional ya que se les puede observar igualmente en Francia (Dejours, 2006), en Australia (Lonne, McDonald y Fox, 2004), etc. Estos diferentes trabajos documentan la dimensión que ha desaparecido del marco de evaluación del EGPSS, aplicada al sistema de salud y de servicios sociales, aquella que debería estimar el “consenso sobre los valores del sistema y el clima organizacional” (CSBE, 2005: 17). El conjunto de estudios cuantitativos y cualitativos que podrían ser vinculados a esta dimensión constituye una base razonable para pensar que hay, en Quebec como en los otros países que ponen en práctica la lógica del Estado social activo, un problema mayor en el plano de la confianza de los profesionales de la intervención frente a las orientaciones y los métodos aplicados en el campo de la salud y de los servicios sociales. El impacto de estas orientaciones políticas y organizacionales para aquellos profesionales se traduce en un elevado costo humano (desmotivación, aflicción moral en el trabajo, ausentismo laboral, *burn-out*), que representa el primer impasse ético de las políticas de activación.

### EFFECTOS NOCIVOS PARA LA CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN

Después de haber subrayado los efectos negativos de las transformaciones de la orientación y de la organización de la actividad para los profesionales de la intervención del campo de la salud y de los servicios sociales, vamos a centrar el análisis sobre los impactos que estos cambios tienen en el profesional mismo.

### IMPACTOS NEGATIVOS DE LA DESMOTIVACIÓN O LA FATIGA DE LOS PROFESIONALES

Como acabamos de ver, la constatación de los efectos de la desmotivación, del aumento del ausentismo laboral,

del malestar en el trabajo y del agotamiento en el campo de la salud y de los servicios sociales está ampliamente establecida. Más allá del importante costo social y económico (Maslach y Leiter, 2008), estos fenómenos tienen igualmente impactos negativos sobre los beneficiarios de las políticas de activación. En efecto, ha sido claramente establecido que la desmotivación y el agotamiento profesionales conducen regularmente a actitudes problemáticas en el plano ético de parte de los profesionales de la intervención (Dyrbye y col., 2011): indiferencia, falta de reconocimiento, desvalorización de los beneficiarios. Aquello puede ser relacionado con las críticas formuladas por los beneficiarios que fueron mencionadas en el inicio de este artículo (Durif-Bruckert y Gonin, 2011). Durante las entrevistas realizadas en Quebec a los adultos mayores (Grenier, 2011), estos criticaron frecuentemente las intervenciones hechas de manera impersonal: “A mí me gustaría que respetaran el mundo como humanos, no como números. Dios mío que es feo eso y que no me gusta. Es terrible” (Sra. B. M., Montréal).

### LA ESTANDARIZACIÓN COMO OBSTÁCULO A LA CONSIDERACIÓN DE LA SINGULARIDAD

Paralelamente al factor del malestar de los profesionales de la intervención, la despersonalización vivida por los usuarios en su relación con estos últimos puede ser también vinculada con la estandarización de las intervenciones. Esta reduce la posibilidad de singularizar la acción en relación a la situación y a las necesidades de los usuarios. En la investigación citada anteriormente (Grenier, 2011), los adultos mayores entrevistados tenían el sentimiento de obtener lo que les correspondía al solicitar los servicios cuando eran tratados como personas únicas, en su singularidad. Desde luego, el principio de equidad en el abordaje de las demandas –que puede justificar el hecho de recurrir a una intervención estandarizada– es una exigencia ética importante. Sin embar-

go, esta exigencia ética puede entrar en contradicción con otra exigencia: aquella del “respeto de la individualidad”, tal que la formula el código de ética du CSSS Jeanne-Mance (2008), y que confluye con el principio de “abstenerse de ejercer su profesión de manera impersonal” enunciado en el código de deontología que se aplica al trabajo social en Quebec. Teniendo en cuenta que ninguno de estos principios puede ser priorizado uno frente al otro, la tensión entre la equidad y la consideración de la singularidad constituye una complejidad inherente a la intervención, complejidad que no puede ser reducida sin producir problemas en el plano ético. En efecto, en el contexto de sociedades marcadas en el plano axiológico, por un ideal de singularidad (Namian, 2011), esta última no puede ser evacuada sin violentar a los usuarios en el plano subjetivo. Las críticas formuladas por los destinatarios de estas políticas que fueron interrogados dan testimonio del impasse ético que presentan las intervenciones que se fundan en un marco que deviene rígido a fuerza de ser estandarizado, y que deja poco lugar a la personalización entendida como consideración de la singularidad de la demanda de una persona en relación a la acción profesional.

### LA DOMINACIÓN DE LA RACIONALIDAD ECONÓMICA EN DETRIMENTO DEL RECONOCIMIENTO DE LOS ASPECTOS AFECTIVOS ESENCIALES QUE SE ALOJAN EN LAS RELACIONES HUMANAS

En tercer lugar, la “racionalización” de la actividad, que tiende a proyectar esta fundamentalmente según un marco de análisis económico (postulado del *homo æconomicus*, donde la atención se concentra sobre los costos y beneficios a corto plazo), deja generalmente poco lugar, en la concepción y organización del trabajo, a la consideración de la dimensión afectiva que se enlaza a las interacciones sociales. Ahora bien, esta negación de fenómenos determinantes de las conductas y

las relaciones humanas, muy poco racional en resumen, conduce a privarse de elementos mayores que informan la acción. Aquello puede, por otra parte, suscitar el problema siguiente: una falla en el reconocimiento de las necesidades afectivas fue frecuentemente señalado por los usuarios de esta intervención. La demanda de “que nos traten como una persona humana que necesita de TLC: *tender loving care*, “la “necesidad de más cariño” (Sra. P., Montérégie) fue mencionada. Estas expectativas cuestionan de manera innegable los límites del rol de la sociedad civil y del Estado, así como las concepciones culturales según las cuales la afectividad no tiene existencia legítima que en el campo de la sociabilidad primaria que caracteriza las relaciones familiares o de amistad (Godbout y Caillé, 1992). Sin embargo, perspectivas como la ética del *cuidado* (Tronto, 2010; Paperman, 2010) permiten tener en cuenta esta dimensión en el campo profesional para integrar los aspectos relacionales y afectivos que se encuentran en juego en la concepción y realización de una intervención profesional de calidad en los planos teórico, metodológico y ético. La racionalización de la actividad tal que ella se opera en el marco de las políticas de activación no es por tanto la única racionalidad posible para concebir y organizar la puesta en práctica de las intervenciones sociales.

#### CONTRADICCIONES INTERNAS Y EFECTOS PERVERSOS DE LAS FORMAS ACTUALES DE ORIENTACIÓN Y DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se había afirmado, en la primera sección de este artículo, que las políticas de activación inducen un control más estrecho de la actividad de los profesionales de la intervención. Aquello se traduce, concretamente, en la definición de la actividad en una modalidad operacional y procedural, sobre la base de objetivos, normas y de “buenas prácticas” comprendidas como actos técnicos que es necesario producir. El contenido de diferentes guías

de práctica, que abundan desde hace algunos años, da testimonio de esta tendencia, según la cual un buen trabajo corresponde a la aplicación correcta de las prácticas prescritas. La solicitud política y organizacional de ajustarse a estos estándares tiende así a reforzar un estado “agéntico” en los profesionales de la intervención, estado en el cual se transforman en “agente de la voluntad de otro” (Milgram, 1974) que rige su conducta en función de las prescripciones formuladas por la autoridad. Ahora bien, el corolario bien conocido del pasaje al estado agéntico es la pérdida del sentimiento de responsabilidad.

Al mismo tiempo, el discurso de imputabilidad de los profesionales de la intervención se hace más presente, y un llamado a la “responsabilidad poblacional” (MSSS, 2011) es formulado. Agregando una imputabilidad más grande a una prescripción más estricta de las conductas a realizar, las políticas sociales de activación contienen una contradicción interna muy difícil de sobrellevar para los profesionales de la intervención. Como lo enfatizan Clot y Litim: “Es necesario siempre de manera más frecuente asumir las responsabilidades de la acción sobre otros y sus imprevistos sin poder actuar sobre aquello que vuelve esta acción creíble, eficaz o legítima” (2008:103). Las declaraciones de esta trabajadora social ilustran en qué sentido aquello suscita un sentimiento de impotencia e injusticia: “Además de sentirme impotente en un organismo que ha crecido tanto, además... Participamos tan poco en la toma de decisiones, igual que la información, nos enteramos cuando las cosas se hacen. No somos consultados sobre los impactos, entonces después somos nosotros que tenemos recoger los pedazos rotos de ambos lados. [...] Tenemos que decir a las personas: ‘Ustedes son la tercera prioridad, ustedes no tendrán servicios. Los pondremos en una lista de espera’. Entonces eso deshumaniza, ya que somos nosotros que estamos a cargo de eso, y tú sabes, cuando uno no está de acuerdo con



las prácticas de su establecimiento, y que hay que ejecutarlas, y que se ven las carencias [de la población], se ve la necesidad. Gestionar eso, no es nada fácil'. (Sra. C., trabajadora social de un CSSS, Montreal).

Por lo demás, el hecho de hacer pasar la responsabilización de los profesionales de la intervención por una evaluación de sus resultados, que se limita a indicadores cuantitativos tales como el número de solicitudes atendidas por mes, ubica a los profesionales de la intervención en una situación bastante cercana a un conflicto de intereses. Por ejemplo, el interés de los profesionales de la intervención, que consiste por una parte en atender las solicitudes lo más rápidamente posible para lograr "buenas estadísticas", entra por otra parte en conflicto con el principio de ofrecer una intervención de calidad (OTSTCFQ, 2010), que implica una comprensión profunda de las características de la situación con la finalidad de entregar respuestas adaptadas y pertinentes, a corto y largo plazo. Igualmente, las evaluaciones basadas en "indicadores de logro" pueden tender a reforzar el efecto Matthieu (Damon, 2002) por el cual, en el ámbito social, aquellos o aquellas que tendrían mayor necesidad de ayuda se encontrarían en desventaja en relación a personas que tienen menos dificultades (Michalot, 2010): menos servicios otorgados, exclusión de un programa o cancelación de un cupo en albergues, menor compromiso de los profesionales de la intervención... Mientras que los organismos y los profesionales de la intervención tengan que demostrar la pertinencia de sus acciones a través de resultados del tipo "indicadores de logro", estrategias de selección de las personas más susceptibles de alcanzar los objetivos establecidos por los organismos que otorgan las subvenciones pueden ponerse en práctica: "Ya que sabemos que si uno fracasa en diez casos, son tal vez € 50,000 menos en subvenciones [...]. Vamos a tener un público que presenta problemáticas más pesadas y de golpe no alcanzaremos nuestros planteados [...]. Esto nos

obliga a hacer un diagnóstico suficientemente fino para ver si los retenemos [los usuarios] o si no los retenemos". (Sra. O., consejera en inserción profesional, Lyon).

Estas formas de concurrencia de intereses, entre aquellos de los usuarios (recibir ciertos servicios, disponer del tiempo para construir un proyecto profesional o de cuidados en el cual ellos se reconocen) y aquellos de los organismos y de los profesionales de la intervención (obtener buenos resultados para conservar su financiamiento), puede afectar la integridad profesional. Este ejemplo ilustra el problema de la selección de los "buenos clientes" en vista del mantenimiento del financiamiento del organismo, porque las personas que están más en dificultad no son aquellas que permitirán obtener los mejores resultados. La introducción de la obligación de resultados en el campo de lo social y de la salud, más allá de la obligación de los medios, suscita nuevas dinámicas de exclusión, en el seno mismo de un campo que se supone debería combatirlos. Este impasse ético no es por cierto el menor de aquellos que son descritos en este artículo.

No se trata aquí de cuestionar la legitimidad de la rendición de cuentas respecto al trabajo realizado en el seno de los organismos que son mandados para ayudar o producir una acción social: es en efecto importante, tanto en el plano ético como social y económico, examinar las modalidades según las cuales las intervenciones son realizadas, así como los efectos que ellas producen en una población determinada. Sin embargo, diversos problemas están asociados a las modalidades utilizadas actualmente: aquellas conducen al impasse ético, por una parte, de una renovación de las lógicas de exclusión, y por otra, de un reforzamiento del estado agéntico de los profesionales de la intervención poco favorable al desarrollo de una reflexividad ética. Por lo demás, la estandarización de las intervenciones y la racionalidad sobre la cual se funda la orientación política y organizacional de las prácticas

producen igualmente efectos discutibles. Finalmente, la pérdida mayor de confianza de los profesionales de la intervención de cara al sistema de salud y de servicios sociales en el seno del cual ellos trabajan, en diferentes países de la OCDE, es una constatación inquietante. Más allá del costo humano, social y económico, se trata también de la calidad de los servicios. Ampliando el análisis a las orientaciones actuales de las políticas sociales, convergemos con lo enfatizado por Joan Tronto: "*When care givers find themselves saying that they care despite the pressures and requirements of the organization, the institution has a diminished capacity to provide good care. Many managerial rules may be necessary for the smooth functioning of organizations, but when they come into conflict with the provision of care, it is time to rethink them*" (2010: 165-166). ●

35. En el marco del subsidio de salario mínimo en Francia.

36. Los consejos generales que funcionan en cada departamento francés son una de las principales conexiones entre el Estado y la población para la implantación de las políticas sociales.

37. Los "indicadores de logro" corresponden en este campo al porcentaje de personas acompañadas que retoman una actividad profesional o un proceso de formación.

38. "Toda la carga administrativa, las estadísticas, los numerosos correos electrónicos que responder, yo quiero decir... [...] puede ser intimidante a veces cuando te dicen, ah, yo no tomo suficiente tiempo para reflexionar, o no tenemos el tiempo suficiente para reflexionar". (M.E., trabajador social en CSSS, Montreal, Quebec): "Esto, es la mayor [parte de mi tiempo], mi evaluación psicosocial, pero aún ahí, y te diría que no son todos los profesionales que van a tomar realmente el tiempo de hacerla a parte, hay una cantidad tan grande de papeles que llenar, [...] muchos formularios, lo que hace que a veces, vamos a anular un poco nuestro acto". (Sra. C., trabajadora social en CSSS, Montreal, Quebec).

## Referencias bibliográficas

- AQESSS – Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2011. Centres de santé et de services sociaux. Données 2008-2009*, Montréal, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.
- Barbier, J.-C. (2009). «Le workfare et l'activation de la protection sociale, vingt ans après: beaucoup de bruit pour rien?», *Lien social et Politiques*, n° 61, 23-36.
- Braun, V. et V. Clarke (2006). «Using Thematic Analysis in Psychology», *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, n° 2, 77-101.
- Chaniel, P. (2010). «Le New Public Management est-il bon pour la santé? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin», *Revue du Mauss*, vol. 1, n° 35, 135-150.
- Cintas, C. (2007). «“Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend”... : le cas d'un hôpital psychiatrique», *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2, n° 4, 213-231. DOI:10.3917/nrp.004.0213.
- Clot, Y. et M. Litim (2008). «Activité, santé et collectif de travail», *Pratiques psychologiques*, vol. 14, n° 1, 101-114.
- Couturier, Y. et S. Carrier (2003). «Pratiques fondées sur les données probantes en travail social: un débat émergent», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no 2, 68-79.
- CSBE Commissaire à la santé et au bien-être (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011*, Québec. En ligne, <http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=62>. Consulté le 10 février 2013.
- CSBE - Conseil de la santé et du bien-être (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS*; Québec. En ligne, [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509\\_EGIPSS\\_resume.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200509_EGIPSS_resume.pdf). Consulté le 9 mars 2013.
- CSSS – Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance (2008). «Code d'éthique», Publications. En ligne, <http://www.csssjeannemance.ca/publications/code-dethique/>. Consulté le 10 février 2013.
- Damon, J. (2002). *La question SDF. Critique d'une action publique*, Paris, Presses universitaires de France.
- Dejours, C. (2006). «Aliénation et clinique du travail», *Actuel Marx*, vol. 1, n° 39, 123-144.
- Dufour, P., Boismenu, G. et A. Noël (2003). *L'aide au conditionnel. La contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord*, Montréal/Bruxelles, Presses de l'Université de Montréal/P.I.E.-Peter Lang.
- Durif-Bruckert, C. et A. Gonin (2011). «Le dispositif de recherche-action comme espace psychosocial d'un débat critique sur les enjeux de la prévention», *Pratiques psychologiques*, vol. 17, n° 2, 137-151.
- Dyrbye, L. N. et al. (2010). «Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students», *Journal of the American Medical Association*, vol. 304, n° 11, 1173-1180.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, Princeton University Press.
- Ferragina, E. et M. Seeleib-Kaiser (2011). «Thematic Review: Welfare Regime Debate : Past, Present, Futures?», *Policy & Politics*, vol. 39, n° 4, 583-611.
- FLICK, U. (1998). *An Introduction to Qualitative Research*, London, Sage.
- FRANSSSEN, A. (2008). «De la critique de l'activation à la démocratisation de l'action sociale», *Politique*, Hors série, n° 9, 70-83.
- FRANSSSEN, A. (2003). «Le sujet au coeur de la nouvelle question sociale», *La Revue Nouvelle*, n° 12, 10-51.
- Geremek, B. (1987 [1978]). *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Gallimard.
- Ginsbourger, F. (2008). *Des services publics face aux violences. Concevoir des organisations source de civilité*, Lyon, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).
- Godbout, J. T. et A. Caillé (1992). *L'esprit du don*, Paris, La Découverte.
- Gonin, A. et E. Jouthe (sous presse). «Éthique et travail social: enjeux, concepts et aspects méthodologiques», dans E. HARPER et H. DORVIL (dir.), *Le travail social: théories, méthodologies et pratiques*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- GONIN, A. (2008). *L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale*, thèse de doctorat (éducation, psychologie, information et communication), Lyon, Université Lyon II.
- Grenier, J. (2011). *Regards d'âinés sur le vieillissement: justice, autonomie et responsabilité partagée*, thèse de doctorat (Faculté des arts et des sciences), Montréal, Université de Montréal.
- Hache, E. (2007). «La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale?», *Raisons politiques*, vol. 4, n° 28, 49-65.
- Hacker, J. S. (2006). *The Great Risk Shift*, New York, Oxford University Press.
- Lonne, B., McDonald, C. et T. Fox (2004). «Ethical Practice in the Contemporary Human Services», *Journal of Social Work*, vol. 4, n° 3, 345-367.
- Maslach, C. et M. P. Leiter (2008). «Early Predictors of Job Burnout and Engagement», *Journal of Applied Psychology*, vol. 93, no 3, 498-512.
- Meagher, G. et N. Parton (2004). «Modernising Social Work and the Ethics of Care», *Social Work & Society*, vol. 2, n° 1, 10-27.
- Meagher, G. et K. Healy (2003). «Caring, Controlling, Contracting, and Counting: Governments and Nonprofits in Community Services», *Australian Journal of Public Administration*, vol. 62, n° 3, 40-51.
- Michalot, T. (2010). *L'évaluation par les travailleurs sociaux de la nécessité d'accueil en CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale)*, thèse de doctorat (éducation, psychologie, information et communication), Lyon, Université Lyon II.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to Authority: an Experimental View*, New York, Harper and Row.
- Molinier, P. (2004). «Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe», *Travail et Emploi*, n° 97, 79-91.

- Morel, S. (2002). *Modèle du workfare ou modèle de l'insertion? La transformation de l'assistance sociale au Canada et au Québec*. Rapport de recherche pour Condition Féminine Canada, Ottawa, Direction de la recherche, Condition féminine Canada. En ligne, <http://publications.gc.ca/collections/Collection/SW21-95-2002F.pdf>. Consulté le 11 février 2013.
- MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Cadre normatif. Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC*, Québec, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Y. Couturier (2006). «Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques», *Recherches Qualitatives*, vol. 26, n° 1, 110-138.
- Namian, D. (2011). «Psychologisation ou singularisation? L'intervention sociale au temps de l'accompagnement», *Reflets*, vol. 17, n° 1, 58-89.
- Orianne, J.-F. (2004). «Troubles de l'employabilité et traitement clinique du chômage : une analyse d'agents d'insertion en action», *Accès inégal à l'emploi et à la protection sociale. Actes du colloque* (Paris, septembre 2004). En ligne, <http://matisse.univ-paris1.fr/colloque-eps/textes/19.pdf>. Consulté le 12 février 2013.
- Paillé, P. (2012). «Repères pour un débat sur l'intervention précoce: un survol de la diversité épistémologique en sciences humaines et sociales», *Nouvelles pratiques sociales*, Hors série, n° 1, 84-89.
- Paperman, P. (2010). «Éthique du care, un changement de regard sur la vulnérabilité», *Gérontologie et société*, vol. 2, no 133, 51-61.
- Reinert, M. (2001). «Alceste, une méthode statistique et sémiotique d'analyse de discours. Application aux "Rêveries du promeneur solitaire"», *Revue française de psychiatrie et psychologie médicale*, vol. 5, n° 49, 32-36.
- Ross, G. (2009). «Qu'est-ce que la "réforme de l'aide sociale"? Analyse des récentes politiques américaines en matière de pauvreté», *Lien social et Politiques*, n° 61, 217-222.
- Soares, A. (2010). *La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord. La santé malade de la gestion*, Rapport de recherche. En ligne, [http://www.fiqsante.qc.ca/documents\\_publications/documents/2010-03-23\\_la-sante-malade-de-gestion\\_etude-soares\\_aptcsn-fiq\\_csssamn.pdf](http://www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/documents/2010-03-23_la-sante-malade-de-gestion_etude-soares_aptcsn-fiq_csssamn.pdf). Consulté le 12 février 2013.
- Soulet, M.-H. (2005). «Vers une solidarité de responsabilisation», dans J. ION (dir.), *Le travail social en débats*, Paris, La Découverte, 86-103.
- Tronto, J. C. (2010). «Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose», *Ethics and Social Welfare*, vol. 4, no 2, 158-171.
- Van Oorschot, W. (2006). «The Dutch Welfare State. From Collective Solidarity Towards Individual Responsibility», *CCWS Working Paper*, n° 41.
- Verhoeven, M. (2002). «Le champ de l'intervention sociale face aux mutations normatives», *L'État social actif, un concept libéral pour un social à la marge? Actes de la journée d'étude* (Liège, 19 septembre 2002), 6-15. En ligne, <http://www.fdss.be/uploads/EtatSocialActif/EtatSocialActif.pdf>. Consulté le 12 février 2013.
- Vézina, M. et L. Saint-Arnaud (2011). «L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant », *Travailler*, vol. 1, n° 25, 119-128.
- Weinberg, M. (2009). «Moral Distress: A Missing but Relevant Concept for Ethics in Social Work», *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, vol. 26, n° 2, 139-151.