

Les nouvelles du Réseau conseil interdisciplinaire du Québec

• 3202, rue Fendall, Montréal H3T 1N4 • (514) 737-5944 •

La collaboration interorganisationnelle

Claude Larivière

Bien que le discours associé à la transformation actuelle du réseau valorise une réponse adaptée aux besoins évalués, offerte en temps opportun et de qualité, à l'intérieur d'un véritable continuum de services intégrés, les conditions objectives, et peut-être subjectives, ne semblent pas toujours réunies pour que cela se réalise.

Nous observons de réels efforts de planification (PROS et plans d'action) et de décentralisation des services sur une base territoriale de la part des régies régionales et un rapprochement des interventions du lieu de vie de la clientèle (par le développement d'approches de milieu), des tentatives pour une meilleure intégration des services (tables de concertation et consortiums) ainsi que l'expérimentation et l'évaluation de projets dynamisants (par exemple : " Naître égaux - grandir en santé ", PACE, etc.), en plus d'amorces timides d'actions intersectorielles avec les municipalités, le secteur scolaire et les autres partenaires possibles. La réalité quotidienne demeure toutefois que pour de nombreux clients l'accès réel aux services reste limité parce que ces derniers sont souvent débordés (listes d'attente), parfois même inexistantes hors des grands centres urbains, ou que leurs critères de priorités ne correspondent pas aux besoins identifiés.

La complexité inhérente à la dispensation de services psychosociaux et de santé doit être prise en compte. Hasenfeld (1983), spécialiste de ce type d'organisations et de services, souligne que les études empiriques (comme celles de Meyer, Rowan, 1977) révèlent le fait qu'au-delà de la structure formelle, qui véhicule une image de rationalité et de coordination, ces " éléments structuraux sont seulement reliés de manière souple aux autres structures et aux activités, que les règles sont souvent violées, les décisions non implantées ou, si elles le sont, ont des conséquences incertaines, que les technologies sont d'une efficacité problématique et que les systèmes d'évaluation et d'inspection sont subvertis ou rendus si vagues qu'ils ne produisent que peu de coordination" (Meyer, Rowan, 1977 : 343).

Conséquemment, Hasenfeld (1983) affirme que la théorie des systèmes souples de Weick (1976), selon laquelle les unités préservent une autonomie considérable et développent leur propre identité, explique pourquoi les services ne répondent qu'imparfaitement aux attentes de leurs dirigeants, des bailleurs de fonds et des clients eux-mêmes. Les gestionnaires de ces équipes doivent " négocier avec de vagues et multiples objectifs et politiques organisationnels, une demande de services qui dépasse les ressources disponibles et un copieux travail de papperasse. De plus, ils ressentent un besoin de confirmer leurs propres idéologies personnelle et professionnelle " (Hasenfeld, 1983 : 158). Cet environnement incertain peut aussi produire un système fragmenté de services à la clientèle en raison de la complexité des demandes, conformément au modèle de la théorie de la contingence (Katz, Rosenzweig, 1973).

- 1-3 :** **La collaboration interorganisationnelle** *C. Larivière*
3-6 : **Le marketing social** *M.-F. d'Amours*
6-8 : **Dépression, burnout, syndrome...** *C. Ricard*
8 : **Le site Internet du Réseau conseil**

Pour notre part, nous croyons que les services sociaux, évoluant dans un système de relations de type politique (Parsons, Jorgensen, Hernandez, 1994) doivent, en plus des prestations limitées qu'ils peuvent eux-mêmes offrir, négocier fréquemment des services pour répondre aux besoins de leurs clients qu'ils ne peuvent eux-mêmes satisfaire.

Rossi, Gilmartin et Dayton (1982) ont mis en évidence les nombreux types d'arrangements que les services sociaux doivent développer dans une perspective interorganisationnelle : service d'accueil et d'évaluation commun, références, références réciproques, consultation sur un cas, conférence de cas, équipes clientèle, " case management ", cohabitation de services dans de mêmes locaux, prêt de services ou de ressources (1982 : 235). Cela introduit l'importance des relations interorganisationnelles. Reid (1965), dans le domaine de la délinquance et Neugeboren (1985) pour l'ensemble des services sociaux, rappellent l'existence de quatre conditions fondamentales pour coordonner maximale et avec succès de tels services : 1. la participation volontaire ; 2. le maintien de l'autonomie des services de chaque organisation ; 3. le partage des objectifs ; 4. la complémentarité de leurs ressources. Ce courant volontariste est identifié dans la littérature comme celui de l'échange.

Raelin (1982) note l'existence d'un autre courant, important pour notre recherche, basé sur l'accomplissement de mandats légaux ou politiquement déterminés par des réseaux d'organisations afin de répondre aux besoins d'une clientèle : " Appelée l'approche de *l'économie politique* de l'efficacité, ce cadre sélectionne des processus, des stratégies et des structures organisationnelles (et non pas interorganisationnelles) comme variables déterminantes entre la formulation des politiques et l'impact de celles-ci " (1982 : 244). On reconnaît habituellement l'existence de trois grands niveaux de coordination : 1. la discussion volontaire de cas entre intervenants de ressources différentes ; 2. un protocole entre deux ou plusieurs organisations pour systématiser l'échange d'informations sur les besoins des clients ; 3. la coordination des programmes ; cette dernière requiert des transformations des pratiques et n'intervient que lorsqu'une structure supérieure force un tel niveau d'intégration (Neugeboren, 1985).

L'accès aux services et leur coordination ressortent comme des enjeux-clés. O'Brien et Bushnell (1980) décrivent dix caractéristiques normatives qui permettent le plein développement d'un réseau : 1. l'accès pour la clientèle (par un guichet unique, une ligne téléphonique continue ou, inversement, une multitude de points de services de divers types) ; 2. l'information et la référence au service approprié ; 3. la responsabilité (confiée à une organisation ou partagée) pour le maintien, le développement et l'évaluation du réseau ; 4. l'existence de protocoles définissant les contributions réciproques ; 5. la mise en place d'un système commun d'information de gestion sur les services à la clientèle ; 6. le développement de liens entre les programmes de services ; 7. la tenue d'événements assurant de la visibilité au réseau de services ; 8. des mécanismes de résolution des conflits ; 9. des mécanismes pour les plaintes des usagers ; 10. des canaux permettant de recevoir le feed-back du public sur le réseau de services.

Un réseau de services coordonnés comprend, selon Hjern et Porter (1981), un regroupement d'organisations (toutes celles qui contribuent à offrir des services à une clientèle), un noyau d'organisations (généralement au nombre de trois à cinq, celles qui sont les plus fréquemment impliquées dans les prestations de services et disposent des ressources les plus importantes pour celles-ci) et des structures de maintien du réseau (sans lien avec la prestation même des services, comme des comités de travail, un comité directeur, une table de concertation, etc.).

Il importe toutefois de ne pas perdre de vue que si la collaboration interorganisationnelle est indispensable pour assurer l'accessibilité des services, elle ne saurait suffire et que d'autres zones intraorganisationnelles peuvent contribuer de façon importante à l'efficacité des services dans un contexte complexe : la relation entre chaque employé et sa tâche, les relations interpersonnelles et interprofessionnelles (notamment le travail interdisciplinaire réalisé dans le cadre d'équipes multidisciplinaires, voir : Larivière, Ricard, 1998), les relations interservices à l'intérieur de l'organisation et l'approche de la clientèle.

Nous vivons des années de changements intenses qui affectent profondément les habitudes de travail personnelles et professionnelles, les tâches attendues de chacun de nous et les processus même d'organisation du travail dans nos organisations et avec celles qui composent nos

Bibliographie

- DePanfilis, D. (1996). "Implementing Child Mistreatment Risk Assessment Systems : Lessons from Theory", *Administration in Social Work*, 20(2), 41-59.
- Fréchette, L. (1996). "Quand le local et le social sont menacés en CLSC : le défi de maintenir le cap sur la prévention", *Nouvelles pratiques sociales*, 9 (2), 3-15.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*, Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall.
- Hjern, B., Porter, D. (1981). "Implementation structures : A new unit of administrative analysis", *Organization Studies*, 2, 311-327.
- Katz, F., Rosenzweig, J. (1973). *Contingency views of organization and management*, Chicago : SRA.
- Larivière, C. , Ricard, C. (1998). *Formation au travail interdisciplinaire*, Montréal : Réseau conseil interdisciplinaire du Québec.
- Meyer, J., Rowan, B. (1977). "Institutionalized Organizations : Formal Structure as Myth and Ceremony", *American Journal of Sociology*, 83, 340-363.
- Neugeboren, B. (1985). *Organization, police and practice in the human services*, New York : Longent.
- O'Brien, G., Bushnell, J. (1980). "Interorganizational behavior", In S. Feldman (Ed.), *The administration of mental health services*, Springfield (Ill.) : Charles Thomas.
- Parsons, R., Jorgensen, J., Hernandez, S. (1994). *The Integration of Social Work Practice*, Pacific Grove (Calif.) : Brooks/Cole.
- Raelin, J. (1982). "A Policy Output Model of Interorganizational Relations", *Organizations Studies*, 3, 243-267.
- Reid, W. (1965). "Inter-agency coordination in delinquency prevention and control". In M. Zald (Ed.), *Social welfare institutions*, New York : Wiley.
- Rossi, R. , Gilmartin, K., Dayton, C. (1982). *Agencies working together: A guide to coordination and planning*, Beverly Hills : Sage.
- Rothman, J. (1994). *Practice With Highly Vulnerable Clients. Case Management and Community-Based Service*, Englewood Cliffs (NJ) : Prentice Hall.
- Santé publique Montréal-Centre (1997). *Compte rendu de la rencontre des travailleurs de milieu du 2-3 juin 1997*.
- Weick, K. (1976). "Educational Organizations as Loosely Coupled Systems", *Administrative Science Quarterly*, 21, 1-19.

Le marketing, dites-vous ?

Par Marie-France d'Amours

Le marketing, voilà bien un mot qu'on entend peu souvent dans le secteur des services de santé et des services sociaux au Québec. Pourtant, on ne pourrait imaginer une entreprise évoluer sans cet aspect essentiel à sa survie. En effet, comment vendrait-elle ses produits/services sans l'apport de cette dimension, comment ferait-elle des profits ? De prime abord, on perçoit fréquemment le marketing comme de la vente. Son application a par contre

évolué ; on le retrouve largement implanté aujourd'hui dans le secteur philanthropique (levée de fonds) et dans les campagnes de prévention/promotion de la santé alors que l'on vise l'adoption par la population de nouveaux comportements (campagne anti-drogue, anti-tabagisme, promotion d'une saine alimentation, etc.). On parle alors de marketing social. Dans ces deux cas, le marketing est d'ores et déjà bien utilisé mais nous apparaît en fait sous-utilisé. Maintenant, peut-on élargir son champ d'application et quels pourraient être les bénéfices anticipés à le faire ? C'est cette réflexion que nous vous proposons.

De fait, le marketing permet à l'entreprise d'accroître sa valeur par l'augmentation de la demande pour ses produits ou ses services. Dans notre système public de santé, cette logique d'accroissement de la demande pose plutôt un problème, au premier abord. En effet, on imagine aisément l'augmentation des listes d'attentes et des délais d'accès générant une insatisfaction des usagers, du personnel et l'accroissement des coûts. En fait, actuellement la préoccupation des gestionnaires est davantage portée sur la "gestion de l'offre" que sur celle de la demande par rapport à laquelle on perçoit avoir peu de contrôle. Par contre, cette tendance semble changer. À cet égard, nous observons un intérêt de plus en plus marqué pour le développement d'initiatives tournées vers la demande : conseil d'agrément, développement d'indicateurs, collecte et analyse de données relatives à la population, etc. En fait, on cherche à mieux connaître la demande de manière à aligner l'offre de services. Info-santé est un bon exemple, par ce service dispensé par des professionnels on a diminué le recours à l'urgence en répondant notamment à des besoins d'information et de sécurisation de la population.

Une deuxième barrière se pose par rapport à l'introduction du marketing dans les organisations de la santé. Contrairement à l'entreprise privée qui évolue dans un environnement concurrentiel impliquant la nécessité de faire mieux que les concurrents, notre système de santé s'est développé avec une clientèle captive ; c'est-à-dire que les usagers ont eu peu d'alternatives aux soins dispensés par le secteur public. Cette situation a créé peu de pression sur les établissements afin qu'ils focalisent leur attention première sur la satisfaction des besoins et attentes des usagers (ce qui constitue un des objectifs premiers de l'effort marketing). Par ailleurs, cette situation tend à changer : des services privés tels les centres de prélèvements se développent. Il y aurait peut-être lieu de se questionner si ce phénomène s'étendra à d'autres dimensions et si tel est le cas, comment s'assurer que notre offre de services répond aux besoins de la population. De plus, la notion de citoyen payeur a mis de l'avant un nouveau paradigme soit le droit de la population à recevoir des services de qualité en retour de sa contribution fiscale. D'autres "payeurs" exercent également des pressions dans le sens d'une efficacité accrue, soit les tiers payeurs tels la SAAQ, la CSST, les employeurs, pour ne nommer que ceux-là. Donc, des pressions s'exercent de plus en plus tant du côté de l'offre de services (arrivée du secteur privé) que de la demande (pression de la population et des tiers payeurs). Ceci contribue à forcer notre système à viser une réelle amélioration de l'état de santé et de bien-être tout en contrôlant ses coûts et à bien positionner son offre de services.

Tout en reconnaissant que la finalité de l'entreprise (le profit) n'est pas la même que celle des organisations de la santé et des services sociaux, force est de constater que le marketing est présent et tendrait à le devenir de plus en plus. Dans ce contexte, le profit recherché par les établissements pourrait être qualifié, tel que l'a défini Bardout et Bloch-Lainé¹, de profit (gain) collectif à savoir de contribuer à un changement social par l'amélioration de la situation des personnes composant la société. Avec cet objectif, le marketing se redéfinit comme du marketing sociétal (on utilise également dans la littérature le terme marketing social). Voici

¹ Bardout, J.-C., Bloch-Lainé, F. *Communiquer les solidarités, guide de la communication associative*. Paris, UNIOPSS, 1989.

comment Kotler² le décrit : *L'optique du marketing sociétal est une orientation de gestion qui reconnaît que la tâche principale de l'organisation est d'étudier les besoins et désirs des marchés visés et de faire en sorte de les satisfaire de manière plus efficace que la concurrence, mais aussi d'une façon qui préserve et améliore le bien-être des consommateurs et de la collectivité.*

Concrètement, le marketing, comme toute autre fonction de l'organisation, s'aligne d'abord sur la mission et les orientations organisationnelles. Il s'appuie très fortement sur un ensemble d'outils (sondage, entrevue, groupe de discussion, etc.) qui lui permettent de connaître la/les clientèles actuelles et potentielles (profil socio-économique, besoin et attente, comportement et perception, etc.). Les moyens mis de l'avant par le marketing s'articulent autour de la notion des 4 "P" en lien avec les caractéristiques de la/des clientèles cibles : Produit (et service), Prix (coût), Promotion (communication, relations publiques, etc.) et distribution (ce 4^e P provient du terme anglais *pipeline* pour signifier le réseau de distribution, la notion de point de service pourrait être utilisée également).

Nous allons maintenant illustrer l'approche marketing dans le contexte des services de santé et des services sociaux à travers un exemple relatif à l'organisation des services. Nous sommes partis de l'orientation provinciale actuelle privilégiant le recours aux services ambulatoires. Concernant maintenant la connaissance de la clientèle, nous avons utilisé les données d'une enquête américaine³ qui cherchait à connaître le profil socio-économique des personnes qui ont été hospitalisées alors que celle-ci aurait pu être évitée. Cette enquête révèle que la proportion d'hospitalisation évitable se retrouve chez les personnes moins scolarisées, ayant un revenu peu élevé, qui ont un âge assez avancé, qui ont une histoire médicale comportant des troubles chroniques et qui bénéficient en général d'une moins bonne santé. À partir de ce profil d'utilisateurs, les moyens mis de l'avant par une approche marketing, soit les 4 "P", se définiraient donc ainsi :

Les 4 "P"	Les moyens (exemples)
Le service (ou produit)	<ul style="list-style-type: none"> • Services ambulatoires comme tels • Services favorisant le soutien aux proches • Services de suivi à domicile
Le prix (certains coûts directs sont assumés par l'utilisateur et peuvent entrer en considération dans le choix du service ⁴)	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le coût des déplacements pour recevoir le service

² Kotler, P., Dubois, B. *Marketing management : analyse, planification et contrôle*, 3^e édition, Paris, PubliUnion, 1977.

³ Blustein, J, Hanson, K. Shea, S. *Preventable hospitalizations and socioeconomic status in Health Affairs*, March/April 1998, 177-189

⁴ On pourrait songer, pour la population active, aux coûts reliés à l'absence au travail pour des raisons de santé.

La promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'outils communicationnels lus et vus par ce groupe de personnes et informant cette population des services tels journal de quartier, affiches dans les lieux fréquentés par les personnes (ex. Clubs de l'âge d'or) • Envois ciblés par la poste de documents faisant la promotion des services • Information aux partenaires du milieu touchés par cette clientèle • Info-Santé
Le réseau de distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Choix de l'organisation dispensatrice en fonction des coûts, de la complémentarité avec ses autres services, de son accessibilité, de sa proximité des clientèles, etc. (ex. les CLSC, les polycliniques médicales privées)

Les exemples de moyens apportés par cette illustration ne sont pas nouveaux, plusieurs contributions du marketing mériteraient d'être soulignées par ailleurs. La première est que cette approche lie ensemble des préoccupations qui peuvent parfois être dispersées dans l'organisation et assumées par différentes directions, par exemple les décisions de localisation des services et celles des communications. Le deuxième apport et le plus important, est que l'ensemble de ces décisions est focalisé sur le client et ses caractéristiques ; il s'agit d'une méthodologie de travail menant à la concrétisation de l'approche-client. Troisièmement, le marketing introduit la notion de prix à payer par l'utilisateur (ses coûts) ; cet aspect fait partie du processus de décision de l'utilisateur mais il est fréquemment oublié. Par ailleurs, cette dimension revêt une moindre importance dans notre système par comparaison aux États-Unis ou à la France. Enfin, une connaissance fine de la clientèle fournit de solides évidences des besoins de celle-ci et des moyens d'adapter les services à dispenser, légitimant ainsi la raison d'être de l'organisation et de ses décisions.

L'exemple que nous avons choisi concerne l'organisation des services et les avantages d'une approche marketing dans ce contexte. Par ailleurs, le marketing peut être utilisé également dans le cadre d'une planification stratégique (axes de développement, positionnement de l'organisation, etc.), dans le cadre des relations avec les partenaires internes et externes (ex. vérifier leurs besoins et attentes, promouvoir les services, etc.). Il fournit en outre des outils de monitoring de l'action et d'évaluation. En bref, le marketing nous apparaît être une réponse originale aux défis de gestion des organisations de la santé et des services sociaux de demain.

En terminant, quelques mises en garde devraient être formulées. L'application systématique des méthodes marketing adoptées par l'économie marchande seraient inappropriée ; il importe de gérer ses relations avec l'environnement selon des orientations correspondant à ses spécificités. De plus, depuis quelques années, certains reconnaissent que le marketing diffère selon qu'il s'agisse de biens ou de services ; cette nuance est majeure et il faut en tenir compte.

Dépression, burnout, syndrome du survivant, trouble d'adaptation ou quoi encore ? (Christian Ricard)

Tous autant que nous sommes, nous connaissons un ou des individus dans notre entourage qui ont vécu l'une de ces difficultés. Avec ou sans nos préjugés, nous portons souvent un regard distant face à ces divers problèmes psychologiques. Pour certains, la dépression est un signe de faiblesse ou est liée à des problèmes personnels et familiaux. Pour d'autres, le burnout (trouble d'adaptation) est un diagnostic à la mode permettant de prendre un long

congé. Le syndrome du survivant n'est, quant à lui, qu'une autre invention des psy pour se faire des clients.

Dans un article publié dans la *Revue Commerce*⁵ on apprend que les types de congés de plus de six mois liés aux dépressions et à l'anxiété sont passés de 6 % en 93 à 11,6 % en 1994 à l'Industrielle Alliance. À la Great West, ils étaient de 11 % en 1989 et sont passés à 24 % en 1994. Selon des informations que nous avons obtenues de source non-officielle, ces réclamations pourraient atteindre 40 % chez certains assureurs (si vous avez des données récentes à ce sujet s.v.p. faites-nous les parvenir par courrier électronique).

Les croyances que nous avons face à ces divers problèmes teintent régulièrement nos actions auprès de ces personnes. Lors de nos diverses interventions dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous avons pu observer à quel point les dernières années de coupures ont eu un impact majeur sur la santé psychologique des employés du réseau. Qu'ils soient professionnels, cadres ou employés de soutien, tous ont vécu des transformations importantes dans leurs milieu de travail.

Le stress engendré par ces changements provoque chez plusieurs individus des réactions de détresse psychologique importantes. Malheureusement, les coûts en assurance-salaire se reflètent sur le budget des établissements. Les employeurs sont souvent portés à mettre de la pression sur l'individu en arrêt de travail pour accélérer son retour en emploi. Paradoxalement, cette pression provoque chez plusieurs individus une augmentation importante de leurs symptômes et donc un allongement du congé. Suite à une rencontre avec un employeur ou un médecin désigné par l'établissement, plusieurs individus ont vécu une période de stress intense, une augmentation de leurs symptômes et, dans des cas plus rares, une hospitalisation (particulièrement pour les dépressions majeures).

Dans d'autres milieux, la durée des congés semble réduite par l'effort que l'organisation déploie pour les prévenir et par une attitude d'ouverture et de compréhension des phénomènes liés à ce type de problématique. À notre connaissance, il y a peu d'études à ce sujet au Québec. La pratique quotidienne et les discussions informelles avec des psychologues, médecins et psychiatres traitant ces gens nous indiquent qu'il y a bel et bien une augmentation importante de ces problématiques et que les solutions préventives à mettre en place sont à développer.

Il est donc nécessaire, à notre avis, de pousser la réflexion pour élaborer des solutions novatrices qui favorisent à la fois l'individu et l'organisation. Une étude récente de Bernier & Larivière⁶ confirme qu'il y a de plus en plus de souffrance dans nos organisations... Il est paradoxal de voir à quel point nous intervenons avec des personnes vivant de la détresse en développant toutes sortes d'outils pour mieux le faire, alors que nous investissons peu pour améliorer la qualité de vie de nos organisations. En voulant faire toujours plus et mieux dans une conjoncture de rationalisation et de coupures budgétaires, nous hypothéquons petit à petit la ressource première fondamentale de nos organisations, l'humain donnant des soins.

Il est peut-être temps de réfléchir à de nouvelles pratiques de gestion favorisant une réduction des souffrances dans nos organisations. Pour l'instant, nous utilisons les mêmes recettes que lorsque le taux de détresse psychologique était plus faible. Nous devrions peut-être tenter de les modifier car celles-ci commencent à avoir un goût amer. Nous poursuivrons cette réflexion lors du prochain bulletin en mettant l'emphase sur des solutions possibles.

⁵ Fontaine, L. « Se tuer au boulot », *Revue Commerce*, février 95.

⁶ Bernier, D., Larivière, C. *Soutien organisationnel aux pratiques d'intervention en contexte de changement*, École de service social, Université de Montréal, 1996.

Le site Internet du Réseau conseil

Le Réseau conseil est un regroupement sans but lucratif de consultants. L'équipe actuelle du Réseau est formée de quatre consultants associés :

- Marie-France d'Amours (450-625-6124 ; mfdamours@reginaassumpta.qc),
- Claude Larivière (514-737-5944 ; larivier@aei.ca)
- Christian Ricard (450-441-4966 ; ricard@videotron.ca)
- Jean-Claude Boisvert (514-721-1333 ; j.c.boisvert@sympatico.ca)
- et d'une consultante stagiaire : Catherine Barbeau.

On peut nous rejoindre au (514) 737-5944 (boîte vocale). Le secrétariat est logé au 5346 rue Pauzé à Laval (H7K 2M5) mais les consultants restent en lien par leur courriel (courrier électronique) qui permet en tout temps le partage de documents, la complémentarité des interventions, une interaction rapide.

Nous avons développé un site sur Internet que vous pouvez consulter au : « [http://pages:infinit.net/rciq/](http://pages.infinit.net/rciq/) ». En voici la page d'accueil :

Si vous désirez faire ajouter votre nom à notre liste d'envoi ou y apporter une correction, n'hésitez pas à le faire. Nous rappelons que le bulletin *Les Nouvelles du Réseau conseil* est gratuit et publié deux fois l'an. Il peut être photocopié et distribué dans votre organisation, notre seule exigence étant que la source soit toujours clairement identifiée et que les textes qu'il contient ne serve pas à des fins commerciales.