

# Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public?

par

*Claude Larivière, Ph. D., T.S.*

École de service social

Université de Montréal

Courriel : [claudelariviere@umontreal.ca](mailto:claudelariviere@umontreal.ca)

Les intervenants sociaux et les gestionnaires des CSSS ont été consultés par des sondages et des entrevues, entre 2006 et 2011, sur la transformation des services sociaux au Québec. Conséquences de la restructuration des services sociaux sur la pratique et le sentiment d'appartenance à leur organisation.

The social workers and the managers from the CSSS were consulted through surveys and interviews, between 2006 and 2011, about the Quebec social services reform. Consequences of this organizational restructuration on the professional practice, and on the feeling of belonging to their organization.

Les travailleurs sociaux québécois offrent majoritairement leurs services à la population québécoise par l'intermédiaire d'établissements publics. Le contexte dans lequel ils exercent leur pratique a changé profondément ces dix dernières années (Bourque, 2009). Ces changements proviennent davantage de facteurs extérieurs à la profession (soit de l'environnement politique et du contexte de travail) que de l'évolution propre à celle-ci (bien que l'attribution de tâches réservées ou partagées négociée dans le cadre de la loi 21 et l'implantation progressive de la formation continue jouent aussi un rôle).

En réponse à ces changements et pour faire suite à la création par le gouvernement

québécois (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004) des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) s'est doté d'un Comité de la pratique en CSSS. Celui-ci était composé de Mmes Ghislaine Brosseau, secrétaire et directrice générale de l'Ordre, Thérèse Eustache, du CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, Marie-Andrée Laramée, du CSSS de Laval, Micheline Moreau, du CSSS d'Ahuñsac et Montréal-Nord, Thérèse Viel, du CSSS de la Vieille-Capitale et de M. Claude Larivière, de l'École de service social de l'Université de Montréal. Notons que l'Ordre était également représenté par Mme Brosseau au comité d'évaluation mis sur pied par le ministère (MSSS, 2010).

Pour mieux comprendre les changements intervenus et documenter leurs impacts sur les travailleurs sociaux, le comité a entrepris une démarche de recherche évolutive utilisant de multiples approches méthodologiques (trois sondages annuels en ligne, des entrevues de groupe dans différentes régions et un questionnaire destiné aux gestionnaires sociaux) entre 2006 et 2010 (OTSTCFQ, 2010) pour bien comprendre ce que vivaient les travailleurs sociaux employés par les CSSS qui couvrent tout le territoire québécois et qui offrent tant des services hospitaliers (dans 60 des 94 établissements), d'hébergement à long terme que des services médicaux, sanitaires, de réadaptation et sociaux de première ligne.

L'objectif de cet article est de présenter un résumé des résultats du travail du Comité de la pratique en CSSS (2006-2011) et d'en tirer les réflexions transversales qui s'imposent et qui ont nourri tout au long de cette démarche collective les membres du conseil d'administration de l'Ordre préoccupés par les impacts de la transformation amorcée en 2004 par le gouvernement du Québec. Il s'inscrit en complémentarité d'autres travaux de chercheurs sur cette restructuration (Lachapelle, Savard, Maltais, Tremblay et Bourque, 2011).

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 136 (2012.1): 30-40.

Après avoir présenté sommairement la méthodologie complexe utilisée dans le cadre de ces collectes de données auprès des 3 555 travailleurs sociaux employés par les CSSS (en 2010) et qui représentent les deux tiers de ceux qui travaillent dans le réseau public, cet article illustrera concrètement les changements intervenus du point de vue des répondants, leurs principaux impacts et les pistes de réflexion que ces éléments suscitent, en lien avec la littérature sur le changement organisationnel.

## Méthodologie

Le lecteur intéressé par les détails sur chacune de ces collectes de données est invité à consulter les rapports qui sont affichés sur le site de l'OTSTCFQ. Notre objectif ici se limite à en présenter sommairement les principaux éléments méthodologiques pour permettre de comprendre comment les données sur lesquelles nous nous appuyons furent obtenues entre 2006 et 2011. Le comité s'est inspiré de la méthodologie préconisée pour une démarche de recherche auprès d'intervenants sociaux (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 1991) notamment pour la confection des questionnaires (comportant à la fois des questions fermées et ouvertes), les prétests et l'analyse des données qualitatives recueillies.

Comme il s'agissait d'une démarche collective, tous les instruments développés le furent en nous appuyant sur des échanges entre les membres du comité. Le questionnaire utilisé pour les trois sondages électroniques comportait à la fois des questions identiques (pour permettre des comparaisons dans le temps) et d'autres qui furent changées pour refléter la progression dans l'implantation de la restructuration dans les CSSS ou ajoutées pour approfondir des résultats antérieurs.

En ce qui concerne la participation, celle-ci a légèrement varié en fonction du nombre de travailleurs sociaux employés dans les CSSS ayant fourni une adresse électronique à l'Ordre soit :

- 1 290 personnes en 2006, parmi lesquelles, 328 travailleurs sociaux ont répondu au questionnaire en ligne (25,4 %). Il faut rappeler l'état encore embryonnaire de la réforme dans de nombreux CSSS à ce moment-là;

- 1 800 membres en 2007, parmi lesquelles 433 personnes se sont prévaluées de l'opportunité de répondre au questionnaire en ligne (26 %);

- le troisième sondage (2008) a obtenu un taux de réponse un peu plus élevé puisque des 1 720 répondants potentiels, 535 personnes sont venues consulter le sondage (31,1 %) et 519 ont effectivement répondu.

Après ces trois sondages, le comité a voulu approfondir un certain nombre d'enjeux en procédant à des entrevues de groupe au cours de l'automne 2009. À cet effet, nous avons sélectionné quatre établissements représentatifs des différents milieux et types d'organisation soit le CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, le CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, le CSSS de la Vieille-Capitale et le CSSS de Charlevoix.

L'invitation fut acheminée à tous les membres de l'Ordre employés dans ces établissements. Dans les faits, 12 personnes du CSSS de Saint-Léonard et de Saint-Michel, 14 du CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, autant du CSSS Vieille-Capitale et, enfin, 10 travailleurs sociaux du CSSS de Charlevoix ont choisi de participer aux échanges. Un total de 50 personnes, dont 45 praticiens, furent donc entendues dans le cadre de cette tournée de consultation. Cela représente le sixième des 296 adhérents à l'Ordre dans ces quatre CSSS. Ajoutons que les entrevues totalisent cinq heures d'échanges enregistrés, puis analysés. Les quatre entrevues furent menées par la même personne pour assurer une uniformité et le choix d'une entrevue de groupe est basé sur l'importance d'ouvrir des espaces de dialogue entre les travailleurs sociaux d'un CSSS. Aucune donnée démographique ne fut recueillie, mais les échanges permettent d'affirmer qu'il y avait une bonne représentation des différents groupes d'âge et des diverses équipes.

Pour compléter sa démarche, le comité a senti le besoin de vérifier si les gestionnaires sociaux partageaient les principaux points de vue exprimés par les intervenants ou s'en distinguaient sensiblement. Un questionnaire électronique fut adressé aux 300 membres de l'Ordre occupant des fonctions de gestionnaires en CSSS (2010) et 43 personnes (15 %) ont répondu; les commentaires formulés par certains répondants

expliquent ce faible pourcentage : de nombreux travailleurs sociaux occupant des fonctions de soutien professionnel ne se considèrent pas comme « gestionnaires » même si leur travail comporte des tâches de gestion clinique et professionnelle. Parmi elles, 14 assumaient des fonctions d'encadrement d'intervenants et six de direction. Les 29 autres personnes sont des personnes effectuant du soutien clinique et des superviseurs. Des réponses qualitatives permettaient aux participants d'expliquer leur position en réponse aux questions à choix forcés.

### Les résultats

En raison de l'abondance du matériel recueilli, nous présenterons les points marquants de chacune des démarches puisqu'il est possible de consulter les rapports.

#### *Le premier sondage (2006)*

La réforme Couillard a eu un effet passablement ou énormément important sur le contexte de travail selon 61,6 % des répondants qui estiment que cela génère un effet stressant de type négatif (55 %).

Nous leur avons demandé de préciser les difficultés nouvelles vécues et trois aspects ressortent principalement : « Je suis mal informé de ce qui se passe. » « Mon sentiment d'appartenance organisationnelle est faible. » « Le style de gestion ne répond pas à mes attentes. »

Qu'est-ce qui pourrait améliorer leur satisfaction au travail? Professionnels formés aux aspects critiques (défense des droits, inégalités sociales, victimisation, etc.) et éthiques (droits des usagers), les travailleurs sociaux cherchent une saine appropriation de l'environnement de travail dans lequel chacun est appelé à s'investir durant des années (Vézina, Cousineau, Mergler, Vonet et Laurendeau, 1992). Mais cela devient difficile pour certains : « Dans le contexte actuel où la bureaucratie devient de plus en plus lourde [...], je crois que le seul changement qui soit à ma portée est de changer mes perceptions et attentes face à mon travail. [...] Et je remarque que je ne suis aucunement la seule à adopter ce point de vue. La restructuration du réseau s'est faite sans notre appui et, bien que le ministre Couillard souhaite faire croire le contraire,

nous n'avons pas été consultés et les décisions étaient et sont encore toutes prises d'avance. Dans un contexte comme celui-là, il devient très difficile de maintenir un sentiment de satisfaction. » (OPTSQ, 2006 : 23).

L'organisation du travail constitue l'aspect qui suscite le plus de commentaires des répondants : le manque de stabilité vécue, des besoins de soutien et d'encadrement, le souhait d'avoir des tâches mieux définies et davantage de possibilités de développer sa carrière tout comme la recherche de flexibilité, de reconnaissance et d'équité ressortent. (OPTSQ, 2006 : 27)

#### *Le second sondage (2007)*

Ce sondage reprenait la plupart des questions afin de mesurer l'évolution vécue et en ajoutait de nouvelles pour nous permettre de nuancer et de mieux interpréter les résultats quantitatifs.

Selon 74,1 % des répondants, la restructuration a eu un impact « passablement ou énormément important sur leur contexte de travail » (soit une augmentation de 12,5 % comparativement à l'année précédente), notamment à l'égard de leurs relations avec l'entourage professionnel, du style de gestion de l'établissement où ils travaillent, de la présence ou de l'absence d'encadrement et des aspects bureaucratiques du fonctionnement du CSSS. Fait nouveau, l'impact de la restructuration sur les tâches (nature, envergure, responsabilité) augmente.

L'impact se mesure également par l'accroissement de l'effet stressant de ces changements sur l'évolution du contexte de travail (impact négatif) pour 66 % des répondants (soit 10,5 % de plus que l'année précédente).

Nous avons demandé de préciser ces « difficultés nouvelles » perçues par 68,6 % des travailleurs sociaux, soit 10 % de plus que l'année précédente. Deux facteurs sont soulignés par au moins les deux tiers d'entre eux : tout d'abord, ils s'estiment mal informés de ce qui se passe dans leur organisation. Ensuite, ils affirment que le style de gestion ne répond pas à leurs attentes. En conséquence, leur sentiment d'appartenance organisationnelle s'affaiblit.

Nous avons ensuite voulu savoir si les changements intervenus au cours des deux dernières années avaient nui à l'identité professionnelle de nos répondants : plus de 58,5 % d'entre eux (11 % de plus que l'année précédente) nous le

confirment. Questionnés sur leurs besoins de développement professionnel, les travailleurs sociaux en CSSS nous disent que leur plus grande préoccupation demeure l'obtention d'une supervision clinique ou professionnelle régulière.

#### *Le sondage en ligne de 2008*

Le troisième sondage diffère un peu des deux précédents puisqu'il tenait compte du fait que le processus de transformation continuait d'évoluer.

Les deux tiers des répondants (67,6 %) disent éprouver de nouvelles difficultés reliées à la transformation en cours, résultat identique à celui de l'année précédente. Ce qui les affecte le plus? Des changements trop rapides (69,6 %), trop de changements (66,2 %), le fait de ne pas disposer de temps pour intégrer un changement avant de passer à un autre (60 %) et des objectifs pas suffisamment expliqués (52,4 %).

Parmi les situations vécues qui dérangent le plus, citons le fait d'être « mal informé de ce qui se passe » (59,3 %, constat toujours présent depuis 2006), « le style de gestion [qui] ne répond pas à mes attentes » (53 %, assez constant) avec comme conséquence, comme les années précédentes, que leur « sentiment d'appartenance organisationnelle est faible » (50,4 %). Par contre, nous assistons à l'émergence de facteurs nouveaux : une « surcharge de travail (charge de cas) » pour 48,9 % des répondants, le fait que leur « employeur offre peu de possibilités d'augmenter [leur] expertise » (44,1 %), « le respect de la confidentialité (locaux partagés) [qui] n'est pas assuré » (40 %), le fait que « des contraintes sont imposées quant à la nature de [leurs] interventions ».

#### *Les entrevues de groupe (2009)*

La nature du changement vécu varie d'une personne à l'autre : regroupements d'équipe, redéfinition des mandats, nouvelle priorisation des clientèles ou développement de nouvelles approches, passage d'un milieu rural à un milieu urbain, etc. Mais la majorité des participants se dit affectée.

La restructuration implique des effets certains sur l'encadrement offert : la création des nouvelles entités plus grandes à gérer a nécessité la mise en place de véritables directions

intermédiaires entre le sommet stratégique (la direction générale et les cadres supérieurs) et les supérieurs immédiats qui « ont beaucoup de responsabilités, mais peu de pouvoir décisionnel ». Dans l'expérience vécue par certains, l'instabilité est la règle (« Beaucoup de mouvance est un mot faible!... et ça continue! »), bien que cela ne soit pas le cas partout.

L'autre aspect important de ce contexte est la mobilisation importante des gestionnaires autour de tâches qui les rendent peu disponibles. Ils deviennent des gestionnaires de processus plutôt que des ressources d'encadrement et de soutien de leur équipe, ce qui réduit d'autant leur crédibilité et leur utilité du point de vue du personnel.

De plus, la performance recherchée n'est pas sans conséquence. Les entrevues ont permis au personnel de s'exprimer très clairement sur l'impact de ce tournant « quantité versus qualité ». Plus on les contrôle sur leur performance, moins on s'assure de la qualité du travail accompli.

Mise à part une poignée de témoignages, concernant tous des travailleuses sociales exerçant une gestion de type « humaniste » (« Ma chef de programme fait le tour des bureaux pour nous dire bonjour le matin »), les points de vue exprimés se résument assez bien à cette petite phrase : « Avant on répondait à la demande du milieu, maintenant on répond aux commandes du MSSS ». Bien entendu, le style varie dans un même CSSS selon les directions.

En ce qui concerne le soutien professionnel, de bonnes pratiques (création de postes de coordonnateurs cliniques, par exemple) et de mauvaises pratiques (on ne permet plus de réunions d'équipe) coexistent selon l'importance que les gestionnaires accordent ou non à cet aspect et selon leurs compétences à s'investir dans cette dimension essentielle de leur rôle.

De quoi sont-ils les plus fiers dans leur pratique de travailleurs sociaux? Deux éléments clés et transversaux sont rapidement évoqués partout. Tout d'abord le fait que le client est au cœur de leurs préoccupations quelle que soit la difficulté de leur offrir les services souhaités. Cette « passion » du client les amène aussi à se positionner franchement en défenseur de cette clientèle, dont une partie ne dispose pas de beaucoup de moyens pour faire entendre ses

besoins. L'autre élément concerne la nécessité de réaffirmer leur identité professionnelle dans un contexte difficile où la place du travail social et des approches préconisées est souvent remise en question par des priorités organisationnelles, des processus de gestion axés sur le court terme et la multiplication des actes traduite en statistiques, ou encore une incompréhension ou une méconnaissance du « social » par leurs cadres. On souhaite enfin que l'Ordre soit davantage présent et visible dans les organisations et en région.

#### *Le point de vue des gestionnaires sociaux*

Le Comité de la pratique en CSSS s'est demandé comment les travailleurs sociaux en situation de gestion dans les CSSS en 2010, soit dans des fonctions cliniques (conseiller clinique, superviseur, adjoint et coordonnateur clinique) ou administratives (gestionnaire de programmes, directeurs) voyaient les transformations vécues par les intervenants, et les a invités à répondre à un questionnaire adapté à leurs fonctions (mais aussi en lien avec les démarches précédentes).

Leurs réponses permettent de constater que les gestionnaires qui se sont exprimés partagent la vision de leurs intervenants, malgré quelques nuances. En effet, une nette majorité rapporte que le climat s'est détérioré depuis cinq ans. Ceux qui croient le contraire lient cela à une approche axée sur le développement des compétences (accent mis sur la supervision clinique, la formation), l'embauche de nouveaux gestionnaires, une direction générale favorisant plus de participation et de soutien social, et un peu plus de stabilité après cinq ans de bouleversements.

Par contre, les pressions des Agences de la santé et des services sociaux quant au nombre d'usagers à suivre par année compromettent le climat de travail et démotivent les professionnels (OTSTCFQ, 2010).

Des gestionnaires font état de mesures mises en place pour soutenir les intervenants sociaux dans leur CSSS : postes de superviseurs cliniques, fonction de coordination professionnelle (assumée la plupart du temps par des intervenants très expérimentés), supervision individuelle et de groupe, cadres-conseils qui développent des guides de pratique,

intervenants ressources sur des dossiers particuliers, conseillers-cadres pour la pratique professionnelle. Cela varie toutefois selon les directions et les CSSS (OTSTCFQ, 2010).

Dans d'autres CSSS, on commence seulement à en parler ou encore on observe une surcharge des chefs d'administration de programmes, des équipes sans coordination clinique et le fait que le soutien ne semble pas la priorité budgétaire. Certaines équipes ont des coordonnateurs professionnels spécialistes d'activités cliniques, mais ils ne sont pas de leur profession. Beaucoup de jeunes professionnels ont besoin d'encadrement et de soutien clinique. Ceux qui décrivent la situation comme étant difficile insistent sur le fait que le budget alloué pour la supervision a été réduit pour atteindre l'équilibre budgétaire, ce qui rend la supervision presque inexistante, et qu'il demeure difficile de faire valoir les besoins sur le plan psychosocial (OTSTCFQ, 2010).

Les cadres supérieurs confirment que la charge de travail a augmenté à cause des mandats multiples et de la reddition de comptes. La transformation de l'organisation du travail ne se fait pas au profit de la clientèle et les listes d'attente n'en finissent pas de s'allonger, malgré les efforts mis en place.

Concernant le partenariat, s'il existe des réalisations positives (certaines antérieures à la restructuration), on observe aussi beaucoup d'hésitations et de résistances. Pour certains CSSS, leurs partenaires ont travaillé leur offre de services seuls et l'ont ensuite imposée. Il existe une tendance à gérer en silo à l'intérieur de l'organisation dans chacun des programmes du CSSS. La première ligne reste faiblement équipée pour répondre aux besoins des deuxième et troisième lignes. Le travail relatif aux projets cliniques avec les partenaires ne se traduit pas en résultats dans la pratique quotidienne. En santé mentale, on manifeste peu d'ouverture dans un contexte où il est difficile pour la première ligne d'assumer des responsabilités nouvelles sans ajout ni transfert de ressources. La tendance des deuxième et troisième lignes est de confier les mandats à la première ligne qui ne peut suffire à la tâche considérant la diversité des clientèles (OTSTCFQ, 2010).

Les cadres supérieurs constatent qu'il faut investir énormément de temps avec des succès mitigés, faute de leadership des agences. Beaucoup de travail reste aussi à faire pour actualiser la responsabilité populationnelle et les corridors de services demeurent difficiles d'accès pour la clientèle.

Sur l'enjeu de la collaboration interprofessionnelle, mettre des gens ensemble ne suffit pas à développer et à maintenir des pratiques interdisciplinaires. Il faut aussi les soutenir dans leurs difficultés, ce qui est rarement le cas. Les relations sont parfois tendues entre professionnels et l'on assiste à des comparaisons et des jugements sur l'activité professionnelle de l'autre. On souligne également le fait que le temps manque pour se concerter et se rencontrer, pour développer des visions convergentes et pour établir des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) cohérents. Il est également difficile pour les jeunes intervenants qui n'ont pas encore intégré les valeurs de leur profession et leur identité professionnelle de prendre leur place dans des équipes interdisciplinaires et même disciplinaires. Il y a très peu de gestionnaires cliniques de formation psychosociale dans plusieurs CSSS. Comment peut-on promouvoir l'interdisciplinarité parmi les intervenants quand on ne la voit pas parmi les gestionnaires? Les cadres supérieurs disent y croire et l'observer à l'occasion tout en affirmant que la collaboration dépend de l'ouverture des gens en place (OTSTCFQ, 2010).

### Discussion des résultats

Cet éclairage s'avère précieux parce qu'unique pour un ordre professionnel, alors que nous pensons qu'il témoigne d'un vécu partagé par d'autres professionnels, gestionnaires et employés du réseau public et qu'il rejoint et confirme, sur de nombreux aspects, des éléments contenus dans le rapport sur l'*Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, du ministère (2010) sur l'impact de la mise en place des CSSS qui semble, depuis sa publication, ignoré.

Deux aspects méritent particulièrement notre attention :

- Le constat que la gestion du changement dans le réseau de la santé et des services sociaux constitue une faiblesse des organi-

sations et d'un grand nombre de gestionnaires. Colletette (2008) a souligné que la restructuration des services, à l'occasion de la création des CSSS, se traduisait par des changements trop nombreux, trop fréquents, trop importants, trop dispersés et trop vagues pour mobiliser le personnel alors que les gestionnaires, mal préparés, peinaient à assumer le leadership nécessaire pour piloter leur organisation dans ce climat d'incertitude;

- Si certains résultats positifs doivent être signalés et encouragés, c'est malheureusement l'ampleur des difficultés partagées par les intervenants sociaux et corroborés par des gestionnaires qui mérite avant tout notre attention. Il est rare que les opinions des employés syndiqués et des cadres coïncident autant autour d'enjeux communs, leurs perceptions étant naturellement influencées par leur position différenciée dans l'organisation; or, ici, les points de vue se superposent.

D'autres constats suscitent de l'inquiétude :

- Les professionnels vivent de multiples pertes parce que leur nouvelle affectation ne tient pas compte de l'expertise qu'ils ont mis des années à développer avec une clientèle et qu'on leur demande maintenant d'accomplir d'autres tâches sans une préparation adéquate et avec un nombre de cas accru. Cela dans un contexte où la loi 100 réduit presque à néant les possibilités de mises à jour des connaissances et de perfectionnement en limitant le budget que les établissements peuvent consacrer à la formation. Déjà les inscriptions aux activités de formation continue et le ressourcement par la participation à des colloques professionnels s'en ressentent grandement.

Les travailleurs sociaux comme les autres professionnels ont besoin de soutien clinique, de *coaching* au sein des équipes multidisciplinaires, d'occasions de se ressourcer et d'une préparation adéquate lorsqu'on leur demande d'effectuer de nouvelles tâches. Or, faut-il le rappeler, après cinq ans de restructuration des services (2004-2009), plus de 70 % des personnes accomplissent des tâches modifiées ou nouvelles.

L'OTSTCFQ apporte une contribution en fournissant aux intervenants et aux CSSS des

guides de pratique (notamment sur le nombre de cas) qui permettent d'analyser les enjeux et de développer des possibilités de soutien et de formation continue.

- Les cadres vivent beaucoup d'isolement, leur expertise n'est pas suffisamment mise à contribution et ils se sentent débordés par la tâche. Le style de gestion de plus en plus traditionnel des CSSS (de type « top/down », avec de multiples contrôles, notamment par les ententes de gestion) les démotive et conduit déjà certains d'entre eux à un épuisement rapide (Collerette, 2008). Ce constat confirme le point de vue critique exprimé par Chauvière pour lequel la gestion est essentielle dans la mesure où elle se concentre sur le soutien aux professionnels qui dispensent les services (2010).

La création de CSSS de grande taille (jusqu'à 6 000 employés), particulièrement ceux qui regroupent de multiples CLSC, CHSLD et CH, se traduit dans les faits par l'ajout d'un palier structurel de plus entre les directions responsables de la dispensation des services à la population et les agences régionales. Dans bien des cas, les anciens silos qui existaient entre les organisations regroupées continuent à exister entre les directions d'un même CSSS. Cela s'explique à la fois par l'ampleur des tâches de coordination et la multitude de contrôles imposés par les agences et le MSSS au nom d'une gouvernance qui s'est considérablement alourdie depuis 2004, comme l'a souligné l'Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux (AQESSS, 2010).

En 2011, l'ancien ministre Philippe Couillard a reconnu publiquement devant les membres de l'AQESSS qu'il fallait « revoir et réduire le rôle du ministère » (Rioux Soucy, 2011 : 1). Pour lui, « au plan local, le Centre de santé et de services sociaux [CSSS] est un levier dont on soupçonne à peine la puissance. Il faut lui donner plus de libertés et de moyens, a dit l'ex-ministre, qui reconnaît ne pas avoir poussé sa réforme plus loin. » Mais il s'est aussitôt empressé d'ajouter que malheureusement les réflexes sont bien ancrés à tel point que l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, a pris sur lui d'assurer la gestion quotidienne des urgences à l'aide de données qu'il compulse personnellement, « du jamais vu dans le

réseau. Là n'est pourtant pas la solution », estime son prédécesseur qui a la conviction que « l'administration du réseau au jour le jour ne devrait pas être le travail d'un élu » (Rioux Soucy, 2011 : 1).

Le fait que les gestionnaires responsables des nouveaux établissements proviennent majoritairement du milieu hospitalier en raison de la taille des organisations à gérer et de l'importance de la dimension du volet sanitaire explique partiellement leur moindre sensibilité aux aspects politiques comme les relations avec le milieu et avec les partenaires publics et communautaires ainsi que la nécessité de bien gérer le changement tout en maintenant la gamme de services à la population.

Conséquemment, de nombreux dirigeants se sont concentrés sur la transformation des structures (plan d'organisation, modèle clinique, planification stratégique). Il faut dire, à leur défense, qu'ils devaient également répondre aux nombreuses commandes de leur Agence régionale de la santé et des services sociaux, en lien direct avec l'échéancier dicté par le MSSS qui guidait pas à pas les agences dans la préparation de leur modèle clinique et de l'offre de services devant en découler pour les clientèles priorisées par le gouvernement : services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement (MSSS, 2004).

Les gestionnaires obéissent aux règles édictées en haut de la pyramide hiérarchique, mais avec des nuances comportementales d'un gestionnaire à l'autre, car gérer avec discernement demeure possible, bien que plus rare que les intervenantes le souhaiteraient. S'il existe encore de bons gestionnaires, motivés, avec de la bonne volonté, la surcharge de travail à laquelle ils sont soumis et l'impossibilité de prendre des décisions directes sans avoir reçu l'aval de leur supérieur hiérarchique, les découragent souvent. Fondamentalement, le clivage se creuse entre la tête et la base des CSSS.

En quoi ce nouveau contexte de travail est-il différent de ce que ces employés connaissaient avant? En ce qui concerne le projet même du CSSS, les intervenantes disent ne pas trouver leur place dans cet ensemble et soulignent un manque important de cohérence entre le discours et la pratique. Partout, la taille de la

nouvelle structure se traduit par un affaiblissement du lien entre l'organisation et son personnel et une perte conséquente du sentiment d'appartenance. Les sondages auprès de l'ensemble des employés menés dans le cadre des processus d'agrément montrent l'existence d'un risque réel de démotivation du personnel (Larivière, 2010).

Le rythme de travail a changé aussi; les cas leur apparaissent « plus lourds » avec, dans maints services, une durée de séjour ou d'intervention plus courte. Heureusement, certains bénéficient des efforts faits pour leur offrir du soutien professionnel par la création de postes de coordonnateurs cliniques, la tenue régulière de rencontres d'équipe pour contrer l'isolement professionnel, des groupes de codéveloppement, des discussions entre collègues sur les difficultés vécues avec certains clients. Le soutien entre pairs s'est d'ailleurs particulièrement développé avec l'arrivée de jeunes travailleuses sociales. Mais dans d'autres CSSS, on nous rapporte vivre l'autonomie forcée et l'absence complète de soutien clinique. Leur fardeau de travail tendrait à s'alourdir dans la mesure où la durée de l'intervention diminue puisque l'intervention court terme est devenue la règle. En milieu hospitalier, des séjours plus brefs signifient également moins de temps pour évaluer les besoins des usagers et préparer leur retour à domicile. L'entente de gestion détermine des normes selon les clientèles, que les situations soient complexes ou non.

L'un des objectifs clés de cette transformation consistait à « briser » des comportements en silos pour utiliser l'effet de synergie entre les missions, les programmes et les équipes de services réunis sous le même chapiteau de la nouvelle organisation, en lien avec les services privés (médecins, pharmaciens, etc.) et communautaires disponibles dans le milieu. Les résultats à ce sujet sont assez décevants selon les données obtenues par le processus ministériel d'évaluation de l'implantation des CSSS (MSSS, 2010). Les CSSS qui ont réussi à poursuivre les collaborations antérieures sont ceux où cela allait déjà fort bien. Ce qui confirme que la réforme n'a guère ajouté d'avantages en la matière. Dans les autres CSSS qui ont participé à cette collecte volontaire de données, l'effet inverse est rapporté. Ces aspects remettent directement

en question l'orientation politique du MSSS bien qu'aucune organisation ou association d'établissements n'ait osé le faire, pour des raisons évidentes de proximité ou de dépendance de l'appareil politique.

La réforme proposée devait amplifier l'accessibilité, la coordination et la collaboration interorganisationnelle avec les autres ressources publiques, les médecins en pratique privée et les autres ressources de la communauté (MSSS, 2010) en vue d'offrir davantage de complémentarité et de qualité de services. Y a-t-il eu des améliorations sensibles à ce sujet depuis le début de la réforme ? Si certaines intervenantes contribuent au désengorgement des urgences, par exemple, l'essentiel des efforts quant au partenariat semble demeurer au niveau de la direction des CSSS. Ce travail en réseau se ferait aussi au détriment des anciennes forces des CLSC (importance de la prévention, équilibre et complémentarité entre le volet social et le volet sanitaire, travail avec la communauté) et conduit certains partenaires offrant des services spécialisés à se rigidifier. Avec les groupes communautaires, la taille considérable des CSSS rend le rapport plus anonyme et difficile. La formulation de plans de services individualisés (PSI) pour réguler la contribution de chacun des partenaires engagés auprès d'un usager commun demeure plus « un discours qu'une réalité ».

En ce qui a trait au soutien professionnel, l'ajout de conseillers cliniques ne constitue pas un luxe, mais bien une nécessité. Le déséquilibre fréquent entre les ressources professionnelles de soutien obtenues par les infirmières pour lesquelles le ministère a développé un programme exclusif de préceptorat (MSSS, 2008) et les autres types d'intervenants (psychosociaux, en réadaptation, en nutrition, etc.) inquiète. Le maintien d'un bon climat de travail reposant sur une culture organisationnelle qui lui est favorable demeure un impératif si une organisation souhaite mobiliser ses professionnels et atteindre un bon niveau de performance (Glisson, 2009).

#### *Les limites de la démarche*

L'expérience de la démarche du comité est intimement liée à la valeur des résultats. À chacune des étapes, autant auprès des praticiens



qu'avec les gestionnaires, environ le quart des personnes sollicitées ont décidé de participer et d'exprimer un point de vue somme toute articulé, même si parfois des différences significatives existaient. Globalement, nous devons reconnaître que les points de vue étaient davantage critiques que louangeurs à l'égard de la restructuration. Ce taux de participation constitue certainement une limite; mais que pensent vraiment les non-participants?

L'autre limite est bien entendue liée à nos ressources : l'utilisation de l'informatique (qui reste un frein certain pour une partie des travailleurs sociaux), les questions fermées qui ne permettent pas l'expression exacte de la position des répondants, la multiplicité des réponses qualitatives à interpréter.

La valeur de la démarche demeure toutefois d'avoir permis, en temps réel, à différents moments, à plusieurs catégories de membres de l'Ordre d'exprimer leur vécu. Et ces points de vue furent, à travers la démarche d'interprétation du comité, toujours reflétés au conseil d'administration de l'Ordre.

#### *L'impact de la « nouvelle gestion publique »*

Depuis une vingtaine d'années (Giauque, 2004), l'influence mondiale de la Nouvelle gestion publique (NGP) oriente le discours des décideurs publics dans un contexte marqué par une volonté de réduire le déficit de l'État. Le discours axé sur la gouvernance responsable s'incarne dans de multiples contrôles (budgétaire, performance, évaluation) qui réduisent d'autant la marge de manœuvre des gestionnaires et des intervenants. Ces impératifs politiques accordent également peu d'attention aux déterminants sociaux de la santé, à l'importance de la prévention et du « social ». L'accent mis par le gouvernement actuel sur le « lean management » pour réorganiser le travail en rendant les équipes plus polyvalentes, adaptatives et corvéables suscite aussi des inquiétudes.

La crise des finances publiques, augmentée par la pression créée par la mondialisation pour une fiscalité libérale, accentue la volonté des gouvernements d'adopter les principes de la NGP malgré les conséquences négatives à l'égard de la gestion des ressources humaines et de la qualité des services (Giauque, 2004)

dans une perspective dite de « gouvernance » fondée sur le contrôle étatique d'un nombre moindre de structures regroupées. Dans le cas du Québec, cela s'est traduit, en 2004, par la création des CSSS, à vocation territoriale, en y intégrant les centres hospitaliers généraux, les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) voués à l'hébergement des personnes en perte d'autonomie.

Ce faisant, le gouvernement du Québec a presque réussi à effacer les acquis exemplaires développés dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), où l'innovation dans les pratiques et l'adaptation aux besoins locaux constituaient des éléments clés, pour les remplacer par des programmes-cadres axés sur ses seules priorités gouvernementales (MSSS, 2004), déterminées avant tout par des objectifs de réduction des coûts budgétaires et, notamment, pour réduire la pression exercée sur les urgences hospitalières par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes atteintes de maladies chroniques.

La création des CSSS constituait un changement d'envergure et il n'est pas anormal de constater que la situation a évolué lentement entre 2006 et 2010. Après un démarrage hésitant où certains des nouveaux CSSS consacrèrent leurs efforts à se doter d'un organigramme intégré et à déplacer en conséquence leurs ressources humaines, d'autres optaient plutôt pour une mobilisation de leur personnel autour de la préparation d'un « projet clinique » concerté. Dans l'ensemble des CSSS, cela s'est traduit par une restructuration de leurs modalités de dispensation des services (regroupement d'unités, transfert de personnel, formation de nouvelles équipes, etc.), modalités qui ont amplifié l'impact de cette restructuration (MSSS, 2010).

#### **Conclusion**

Les travailleurs sociaux qui ont participé aux différentes étapes de cette recherche se sont exprimés avec clarté et n'ont pas hésité à affirmer leur engagement professionnel à défendre les clientèles fragilisées avec lesquelles ils interviennent.

Ils ont aussi exprimé des attentes tout à fait légitimes à leurs collègues qui choisissent

d'expérimenter des tâches de gestion (ainsi qu'à l'égard des personnes des autres professions qui les encadrent). La mobilisation importante des gestionnaires autour de tâches qui les rendent peu disponibles pour assumer l'encadrement quotidien des équipes fait qu'ils deviennent ainsi davantage des gestionnaires de processus plutôt que des ressources d'encadrement et de soutien aux membres de leur équipe, ce qui réduit d'autant leur crédibilité et leur utilité du point de vue du personnel. Or, cela ne correspond pas du tout à ce que les intervenants (et pas seulement les travailleurs sociaux, croyons-nous) attendent de leurs gestionnaires.

Dans un contexte de rareté de ressources par rapport aux besoins, la reddition de comptes est normale et acceptée. Il faut toutefois éviter que les modalités utilisées soient centrées sur des statistiques quantitatives qui ne tiennent pas compte de la qualité des services reçus par la population.

Les CSSS qui ont créé une direction des services multidisciplinaires ou qui se préoccupent que cette dimension soit prise en charge, qui ont mis en place dans chaque programme clientèle une expertise clinique sociale, offrent généralement de la formation, de la supervision et de la consultation. Ils reconnaissent également l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Dans ces établissements, les intervenants ont le sentiment que la qualité des services à la population demeure une préoccupation malgré les impacts de la restructuration parce que cet objectif est véritablement au centre des valeurs organisationnelles (Glisson, 2010).

Dans les organisations où des travailleurs sociaux exercent la gestion de cas, s'assurent en apportant leur expertise de la continuité des services et des soins aux usagers avec lesquels ils travaillent, agissent comme médiateurs lors de la préparation de plans de services individualisés, coordonnent leurs interventions avec leurs collègues d'autres professions, l'amélioration continue de la qualité et une réponse adaptée aux besoins des usagers vont de pair.

Inversement, là où la performance se mesure uniquement par la quantité d'activités accomplies, la démobilisation se traduit par une réduction certaine de l'efficacité et une augmentation du roulement et de l'épuisement du personnel.

Huit ans après son introduction par un ministre passé depuis au secteur privé, pilotée dorénavant par un autre ministre axé sur l'interventionnisme et une micro-gestion excessive, une réforme qui portait des promesses de mise en valeur de la responsabilité populationnelle (Bourque, 2009) s'enfonce de plus en plus dans l'esprit de la NGP et des ententes de gestion qui constituent un risque élevé de cul-de-sac. Dommage!

#### **Descripteurs :**

Services sociaux - Réforme - Québec (Province) //  
Pratique professionnelle - Québec (Province) //  
Travailleurs sociaux - Québec (Province)  
Professional practice - Quebec (Province) //  
Human services reform - Quebec (Province) //  
Social workers - Quebec (Province)

## Références

- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2010). *Soigner l'humain pour bâtir demain*. Montréal : AQESSS.
- Bourque, D. (2009). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales, *Intervention*, 131, 161-171.
- Chauvière, M. (2010). *Trop de gestion tue le social*. Paris : La Découverte.
- Collerette, P. (2008). Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique, *Télescope*, Automne : 33-49. Québec : École nationale d'administration publique.
- Giauque, D. (2004). *La bureaucratie libérale*. Paris : L'Harmattan.
- Glisson, C. (2009). Organizational climate and culture and performance in the human services. In Rino Patti (Ed.). *Handbook on Social Welfare Management*:119-141. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Glisson, C. (2010). Organizational climate and service outcomes in child welfare agencies. In M.B. Webb, K. Dowd, B.J. Harden, J. Landsverk, and M.F. Testa (Eds.). *Child welfare and child well-being: New perspectives from the National Survey of Child and Adolescent Well-being*: 378-406. New York: Oxford University Press.
- Lachapelle, R., Savard, S., Maltais, D., Tremblay, M., et Bourque, D. (2011). Création des CSSS et transformation des pratiques psychosociales dans le programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), *Intervention*, 134, 35-45.
- Larivière, C. (2010). *Leçons à tirer de l'évolution des organisations*, Colloque du 15<sup>e</sup> anniversaire du Conseil québécois d'agrément, Lévis, 14 octobre.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., et Turcotte, D. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de soutien clinique : volet préceptorat. Cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique en travail social*. Montréal : OPTSQ.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2010). *Les impacts de la création des CSSS sur la pratique en travail social*. Montréal : OTSTCFQ.
- Rioux Soucy, L.-M. (2011). Il faut revoir et réduire le rôle du ministère. Non pas l'affaiblir, mais le recentrer, *Le Devoir*, 13 mai : 1.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vonet, A., Laurendeau, M.-C. (1992). *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Boucherville : Gaëtan Morin.