

---

# La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion?

**Josée Grenier**, T.S., Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Campus St-Jérôme

josee.grenier@uqo.ca

**Mélanie Bourque**, Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Campus St-Jérôme

melanie.bourque@uqo.ca

**Nathalie St-Amour**, Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais  
Nathalie.St-Amour@uqo.ca

## RÉSUMÉ :

*Dans cet article, les auteurs présentent les grandes réformes du réseau de la santé et des services sociaux et les nombreux enjeux découlant de celles-ci. Dans sa première partie, il pose la question des enjeux structurels de la transformation de l'État en considérant leurs effets sur les professionnels en travail social. La seconde partie présente l'analyse de résultats de recherche menée auprès de travailleuses sociales sur la question des transformations du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, les auteures soulèvent certains enjeux et questionnements quant aux conditions de travail et soutien offert aux praticiens dans un contexte de « pratiques prudentielles » (Champy, 2012).*

## MOTS-CLÉS :

*Travail social, réformes, nouvelle gestion publique, services sociaux, réseau de la santé et des services sociaux, souffrance au travail, précarité sociale, pratique prudentielle*

---

## INTRODUCTION

« Il y a des groupes qui détiennent le pouvoir de définir les normes de civilisation, de l'ordre et des valeurs, et puis il y a des groupes qui subissent ces normes. »  
(Jacques, 2004 : 75)

Depuis quelques années, les publications abondent en ce qui a trait à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec (Bourque, 2009) et des impacts de celle-ci sur les travailleurs sociaux et les destinataires de l'intervention (Dierckx et Gonin, 2016; Gonin, Grenier et Lapierre, 2012; Grenier et Bourque, 2015; Grenier et Chénard, 2013). Les réformes successives de ce secteur ont modifié largement les pratiques professionnelles, et l'étendue des aménagements politiques, économiques et administratifs est observée dans plusieurs publications (Alix, 2014). La place négligeable réservée aux services sociaux au sein des services publics, les conditions de pratiques et les moyens effectifs pour atteindre une efficacité au travail soulèvent des enjeux fondamentaux pour la profession et chez les professionnels, confrontés à l'écart entre le travail souhaité et le travail prescrit (Glaner, 2008)<sup>1</sup>. Ainsi, comme l'explique Belquasmi (2014) :

« Depuis deux décennies déjà, les travailleurs sociaux sont confrontés, comme d'autres groupes professionnels participant à des missions de services publics, à des réformes dites " néo-managériales " qui tendent à affaiblir le pouvoir des professionnels tout en renforçant le contrôle de leur activité par le biais de logiques de rationalisation, de standardisation et de redevabilité. Ces transformations ont des effets certains sur le modèle professionnel du travail social appelé à se réformer à l'aulne des nouvelles exigences d'*empowerment* des usagers, de gestion des résultats par les objectifs, de mesure, d'évaluation des performances et de contractualisation, etc. » (Belquasmi, 2014 : 143)

---

1. Voir le dossier-débat « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions? », dans *Sociologie du travail*, juillet-septembre 2011, p. 293-348.

Le Québec fait face à une autre réforme majeure : « une réforme structurelle profonde [...] avec la création des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et la recentralisation des pouvoirs administratifs. Rarement le système de santé au Québec aura-t-il été l'objet de transformations si nombreuses, importantes et diverses » (Brousselle, Contandriopoulos, Breton et al., 2016 : 36).

Cet article propose une réflexion sur les enjeux structurels de la transformation de l'État en considérant leurs effets sur les professionnels en travail social. Après avoir rappelé, en premier lieu, les grandes transformations du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et leurs retombées sur le travail social, il s'agira en second lieu de se pencher sur les impacts de ces réformes sur les travailleurs sociaux et plus spécifiquement sur les enjeux de la reconnaissance et de la souffrance morale vécue par ces derniers. Pour ce faire, nous analysons des résultats sommaires tirés d'entretiens menés dans le cadre d'une recherche en cours<sup>2</sup> auprès d'intervenants sociaux sur la question des transformations du travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. En conclusion, une réflexion est proposée sur la façon d'appuyer les intervenants dans leur travail dans un contexte de « pratiques prudentielles » (Champy, 2012).

## 1. De quelles transformations parlons-nous?

Plusieurs réformes du réseau de la santé et des services sociaux se sont succédées depuis les années 1990. Au nom de l'assainissement des finances publiques et de l'efficacité, les gouvernements ont, les uns après les autres, tenté de redresser un système caduc. Listes d'attente trop longue, administration trop lente et manque de cohérence figurent au nombre des éléments qui justifient alors ces transformations. La nouvelle gestion publique (NGP) s'inscrit dès lors comme solution principale proposée par les gouvernements, les fédérations des médecins ainsi que les associations patronales pour remédier à ces problèmes (Bourque et Leruste, 2010).

La nouvelle gestion publique (NGP) constitue, depuis les années 1980, une conception de la bureaucratie s'opposant aux anciennes façons de faire, considérées comme trop lourdes et trop coûteuses (Bellot, Bresson et Jetté, 2013; Grenier et Bourque, 2014). En effet, l'administration publique traditionnelle dite weberienne, centrée sur les processus plutôt que sur les résultats et où l'imputabilité repose sur le politique, est pour plusieurs dépassée (Dwivedi et Gow, 1999; Pollitt, 2006; Pollitt et Bouckaert, 2011). Dans un contexte où les dépenses publiques sont fortement remises en cause, cette méthode de gestion vise principalement la réduction des coûts de système. Les tenants de ces méthodes inspirées du secteur privé, qualifiées de plus efficaces, tentent, depuis les années 1980-1990, de les implanter dans le secteur public (Chénard et Grenier, 2011; Hood, 1991; Larivière, 2007; Merrien, 1999; Pollitt et Bouckaert, 2011). On assiste dès lors à la *managérialisation* des services publics, qui consiste en « l'usage généralisé de techniques économiques d'orientation des conduites, permettant d'atteindre des objectifs normatifs et politiques » (Arrignon, 2011 : 2). Figurent dorénavant à l'ordre du jour plusieurs principes : reddition de comptes, gestion par résultats, compétition entre les établissements et privatisation partielle. En effet, dans tous les secteurs, dont celui de la santé et des services sociaux, on demande aux intervenants de rendre des comptes sur les résultats produits dans le cadre de leur travail (Bellot, Bresson et Jetté, 2013). Sur le plan pratique, cela se traduit par la quantification de toutes les actions qui sont produites. Ceci se fait dans un contexte où l'on importe des modèles de gestion de la production développés par le secteur de l'automobile<sup>3</sup>, fortement inspiré par cette méthode de *new management*. En effet, au cours des années 2000 et 2010, tout comme les entreprises privées dans lesquelles ont été mises en place ces méthodes, les uns après les autres, les établissements de santé et de services sociaux ont obtenu leur certification Toyota, Lean ou Planetree<sup>4</sup> (Lacoursière, 2015). Ces changements, qui peuvent au départ sembler anodins, ont des répercussions importantes dans le quotidien des intervenants. Ceux-ci, sans cesse interpellés dans ce processus, se retrouvent constamment en mode d'adaptation dans de nouvelles structures toujours plus complexes. Alors que la NGP annonçait un allègement important du processus bureaucratique, le travail de bureau et administratif devient paradoxalement un ensemble de tâches supplantant toutes les autres. Autrement dit, l'action comptable devient plus importante que les actions elles-mêmes et leur qualité.

2. Cette recherche est subventionnée par le CRSH depuis 2015. La chercheuse principale est Mélanie Bourque (UQO); les co-chercheurs sont en ordre alphabétique : François Bolduc (Université Laval), Manon Chamberland (UQO), Audrey Gonin (UQAM), Josée Grenier (UQO), Stéphane Richard (Université Laurentienne) et Nathalie St-Amour (UQO).

3. Fait référence à une nouvelle organisation du travail dont le but est d'augmenter la vitesse des processus et de production des acteurs. Les Trois E sont à l'honneur : Économie, Efficience, Efficacité.

4. Les méthodes Lean et Planetree sont des méthodes de management similaires au toyotisme à quelques différences près. Par exemple, Planetree met l'accent sur l'importance d'un bel environnement.

La réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 1991 a été insufflée par la Commission d'enquête de 1985 présidée par Pierre Rochon, qui deviendra quelques années plus tard ministre de la Santé et des Services sociaux sous le gouvernement du Parti québécois. À la suite de cette commission, alors que les libéraux ont repris le pouvoir, le ministre Marc-Yvan Côté met en place une nouvelle structure qui transforme le réseau de manière importante. La création de dispositifs suprarégionaux et les régies régionales ouvrent la voie à une décentralisation réclamée par le milieu. Celle-ci sera toutefois accompagnée par des mesures qui rendront cette autonomie régionale difficile à atteindre. Dans la même foulée, en 1997, le Parti québécois formant de nouveau le gouvernement, le ministre Rochon implante ce que l'on a appelé par la suite le Virage ambulatoire. Réduction du financement, fermeture d'hôpitaux, retrait de lits et mise à la retraite de personnel sont à l'ordre du jour. Même si les structures sont peu modifiées par ces réformes, plusieurs facteurs ont des répercussions sur les intervenants. On en souligne trois ici : le premier est le passage à une rationalisation des services qui amène une technocratisation et une standardisation de la pratique. Le second accompagne en quelque sorte le premier puisque cette uniformisation des pratiques est également liée au ciblage de clientèle. On souhaite dorénavant aider ceux qui en ont réellement besoin – soit les plus démunis, délaissant d'autres personnes présentant également des besoins. Enfin, la conjugaison des deux premiers éléments provoque une perte d'autonomie des professionnels, qui voient l'encadrement de leur pratique se resserrer.

Comme si une réforme n'attendait pas l'autre, c'est en 2003 que le gouvernement libéral repense à nouveau les structures du système de la santé et des services sociaux. Plus près de nous, on se souviendra que cette réforme a transformé de manière significative le réseau et appliqué la NGP de façon encore plus accentuée. L'abolition des régies régionales et leur remplacement par les Agences de la santé et des services sociaux responsables de territoires dans lesquels se trouvent des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) – résultats de fusion entre des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux – représentent un changement marquant. En effet, cette nouvelle structure, alliée à une centralisation de la gestion des finances au sein des CSSS, consacre la domination du sanitaire sur le social (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). Plus que jamais, les intervenants doivent rendre des comptes sur leurs actions.

Après deux changements de gouvernement et le retour des libéraux au pouvoir, une nouvelle réforme est initiée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, en 2015. L'abolition des Agences de santé et de services sociaux et la fusion des CSSS en mégastuctures, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et la poursuite, voire l'augmentation des mesures de NGP, constituent les principaux éléments de cette réforme. Le tableau 1 (voir page 12) indique les transformations étatiques à long terme au Québec ainsi que les orientations mises en place au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux au fil des années.

Les transformations du système de santé et des services sociaux indiquent un déplacement d'un État providentialiste vers un État néolibéral par l'adoption de réformes issues de la nouvelle gestion publique et du néo-management (Visscher et Varone, 2004). De nombreux auteurs (Barbier, 2009; Franssen, 2008; Orianne, 2004) font également mention d'une transformation des repères théoriques, axiologiques et méthodologiques de l'intervention et de l'action sociale :

« En effet, les visées, le discours, l'organisation et les pratiques des organismes publics, parapublics et communautaires portant un mandat d'aide ou d'action sociale se voient modifiés selon une rationalité que divers auteurs qualifient de modèle de "l'État social actif". »  
(Gonin, Grenier et Lapierre, 2013 : 167)

De l'évolution des idées néolibérales découle une tension croissante entre les intervenants sociaux, les gestionnaires et l'État. La nouvelle gestion publique a de plus en plus d'emprise sur les acteurs et les pratiques sociales. La priorité accordée aux finances publiques par l'État et les établissements à partir des valeurs d'efficacité, d'efficacités, de rentabilité, de mesure du travail par des statistiques et un recours à la privatisation créent un schisme important entre l'État et les acteurs du domaine social.

**Tableau 1 : Contexte sociopolitique, positionnement et valeurs de l'État dans les orientations et les impacts sur les services sociaux, le travail social et les professionnels du champ social**

Période	Contexte Sociopolitique	Positionnement et valeurs de l'État dans les orientations prescrites au sein des services publics	Services sociaux et ses acteurs
<p><b>Fin de la décennie 1980-1990</b></p>	<p>Crise économique; Période de crise de l'emploi; Crise de l'État-providence; Appauvrissement des communautés locales; Décentralisation vers les communautés locales.</p>	<p>L'État réaffirme l'importance de la gratuité des services et des soins, mais sans investissement d'argent – fusion de territoires et d'établissements; Période visant à chercher des solutions pour limiter les interventions de l'État dans les services publics – rationalisation; Retrait ou diminution de la contribution de l'État à certains services; Resserrement de la production des services collectifs; Mise en place de nouvelles mesures de gestion, inspirées par la gestion par objectifs axée sur les résultats, tant pour les établissements que pour les acteurs, et recours aux statistiques pour mesurer le rendement.</p>	<p>Détérioration des services sociaux : liste d'attente, accès de plus en plus difficile à certains services; Critères d'accès à certains programmes sociaux de plus en plus restrictifs; Programmes ciblés vers certains groupes; Confrontation du travail social à la question de la pauvreté et complexification de ses interventions; Recherche de solutions nouvelles; Communautarisation; Le travail social vit de nouveaux déplacements de ses modes d'intervention, de ses lieux d'exercice et de ses champs d'intervention prioritaires. La rationalisation des services amène une technocratisation et une standardisation de la pratique; L'autonomie des travailleurs sociaux tend à être réduite par la logique administrative.</p>
<p><b>Décennie 2000</b></p>	<p>Les idées néolibérales s'imposent de plus en plus.</p>	<p>Fusion des établissements; Décentralisation, mais exercice d'un fort contrôle par les agences auprès des établissements; L'activation sociale s'inscrit également dans la santé et les services sociaux. La responsabilité individuelle, familiale et communautaire s'inscrit comme scénario de rechange à l'État providence; Les organismes communautaires sont de plus en plus interpellés pour la mise en place de services destinés à la population; La privatisation s'impose et les citoyens doivent déboursier directement pour certains services; Création des réseaux locaux de services.</p>	<p>Interdisciplinarité, partenariat, collaboration mise de l'avant dans les relations interprofessionnelles; Début de la mise en place de la gestion de cas – imputabilité accrue des intervenants; La logique administrative de plus en plus forte amène un contrôle des pratiques professionnelles; Mise en place de critères de performance chez les professionnels – atteinte de résultats quantitatifs; Réorganisation des pratiques dans certains secteurs.</p>
<p><b>Décennie 2010</b></p>	<p>Période dite d'austérité; Population mécontente – débats publics, manifestations; Réclamation de meilleures conditions de travail.</p>	<p>Remise en question de la contribution de l'État dans les services sociaux; La logique administrative maintient son pouvoir au sein des établissements; Consolidation des fusions; Projet de loi 10 – fusion extrême – pour une priorité économique; Inégalités de plus en plus manifestes dans l'accès à certains services; Les partenariats public-privés prennent de l'ampleur, dont les services d'hébergement aux personnes âgées; Glissement de plus en plus marqué vers la responsabilité individuelle, familiale et communautaire; La performance, la responsabilité et le contrôle de la qualité sont au cœur des discours.</p>	<p>Contrôle des pratiques; Les méthodes Lean, Toyota et Planetree : projets d'optimisation des processus de travail découlant de la NGP sont mis en place; Les idées de performance, de contrôle qualité, de reddition de comptes s'imposent avec de plus en plus de force; Désenchantement et recherche de sens chez les intervenants sociaux; Mal-être au travail; Tension entre les gestionnaires et les intervenants; Souffrance psychique chez les travailleurs sociaux; Repositionnement des travailleurs sociaux; Apparition d'un mouvement de solidarisation chez les intervenants – entreprise de contestations par des groupuscules.</p>

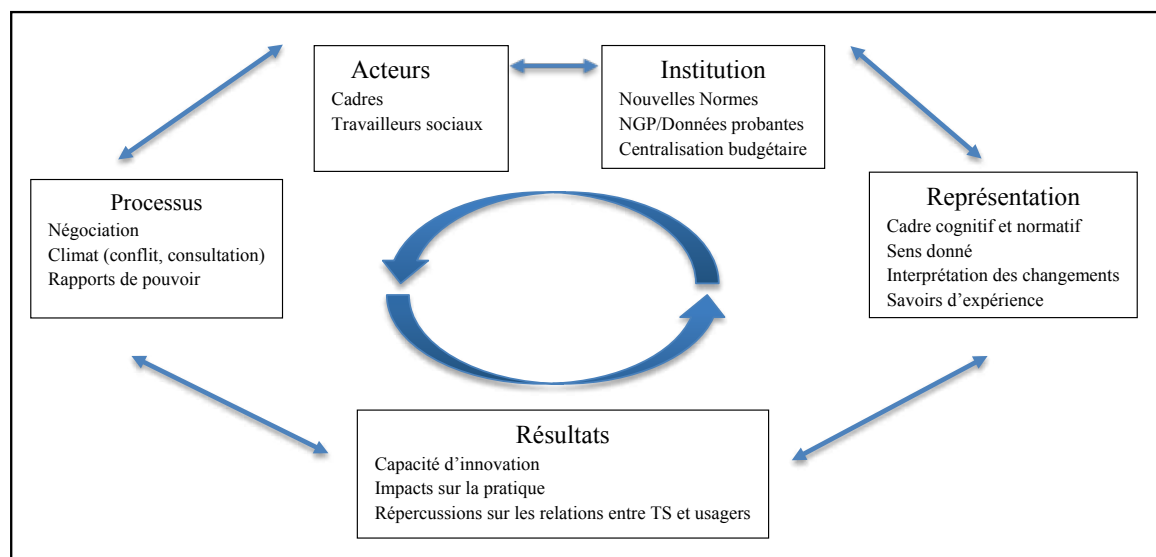
Le changement de paradigme opéré par l'État – de l'État providence reposant sur la responsabilité collective à l'État néolibéral souscrivant à la responsabilité du citoyen – déroute en quelque sorte les intervenants sociaux dans les orientations et valeurs privilégiées par l'État : « Les travailleuses sociales doivent donc composer avec des logiques antinomiques dans un contexte de rareté des ressources » (Grenier et Chénard, 2013). Le contexte en transformation amène une recherche de repères pour bien intervenir et agir avec discernement (Chénard et Grenier, 2012), mais les moyens effectifs pour y parvenir sont minces, ce qui met en péril l'efficacité des pratiques. Par ailleurs, l'évaluation du travail à l'aide des statistiques, comme critères de performance des professionnels, soumet ces derniers à une pression induite, augmentant le stress au travail. Il pourrait découler des effets indésirables de cette « gouvernance par les nombres » dont parle Supiot (2015), soit d'agir sans effectuer le travail réflexif nécessaire pour exercer avec toute la rigueur requise.

## 2. Le contexte de la recherche

Dans la section qui suit, nous présentons les résultats préliminaires d'une recherche financée par le CRSH, s'intitulant : *La réforme du système de santé et des services sociaux de 2003 au Québec : quels impacts pour le travail social 10 ans après?* Il est important de spécifier que la réforme Barrette n'était qu'une annonce lorsque le projet a été rédigé. Cependant, comme nous avons effectué des entrevues avant, mais également à la suite de la réforme de 2015, les résultats que nous présentons ici portent sur les deux réformes communément appelées Couillard et Barrette.

Pour établir des liens entre la réforme et le travail social, nous nous sommes inspirés du pentagone des politiques publiques développé par Le Galès et Lascoume (2007). Ces auteurs proposent un modèle d'analyse identifiant cinq éléments interreliés destinés à l'analyse de politiques publiques : les institutions, les acteurs, le processus, les représentations et les résultats. L'analyse a porté sur les trois éléments du modèle conceptuel de Le Galès et Lascoume, soit le processus, la représentation des acteurs et les résultats. Le processus (négociation, climat, rapports de pouvoir) est compris ici comme les formes d'interaction entre les différents éléments du modèle. La représentation des acteurs sélectionnés correspond aux cadres cognitifs et normatifs qui donnent un sens à leur action (interprétation des changements, savoirs d'expérience). Enfin, les résultats prennent ici la forme de changements ou non des pratiques (capacité de changement, impacts sur les pratiques, répercussions sur les relations entre cadres, travailleurs sociaux et usagers). On trouve dans le schéma 1 les différents éléments qui constituent le cadre conceptuel de ce projet.

**Schéma 1 : Pentagone des politiques publiques**



Inspiré de Lascoumes et Le Galès, 2007.

Le but de ce projet est donc de comprendre la portée et les impacts de l'adoption d'instruments de la nouvelle gestion publique sur des acteurs du réseau. Les perceptions des intervenants sociaux et de leur cadre immédiat dans la hiérarchie nous intéressent particulièrement, étant donné que la réduction des budgets dans le réseau de la santé et des services sociaux a largement touché ce secteur d'intervention. Effectivement, ce dernier doit composer depuis les années 1990 avec des effectifs réduits, contrairement au domaine biomédical dont le personnel a augmenté.

Le projet adopte une approche méthodologique qualitative. À cette fin, un échantillon de personnes volontaires a été constitué. Au moment de la rédaction de ce texte, environ 20 travailleuses sociales œuvrant dans les différents services du réseau de la santé et des services sociaux avaient été rencontrées. Le recrutement a été réalisé à l'aide d'un appel lancé par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) ainsi que par l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) dans les régions de Montréal, des Laurentides, de l'Outaouais et de Lanaudière. Vu le taux de réponse important, nous avons par la suite globé tout le Québec.

Les entretiens semi-dirigés, basés sur un guide d'entretien construit à partir des dimensions énoncées plus haut (acteurs, institutions, processus, représentations et résultats), permettent de recueillir l'expérience des intervenants face aux réformes ainsi que les répercussions de celles-ci sur les pratiques.

### 3. L'impact des réformes sur les conditions de pratique

Lors de chaque réforme, les professionnels doivent s'adapter et rechercher de nouveaux repères institutionnels, professionnels, relationnels et interprofessionnels. Dans une logique rétrospective, les transformations successives présentées dans le tableau 1 démontrent bien la mutation progressive de l'intervention de l'État, où la réduction des coûts et l'efficacité statistique à tout prix sont de plus en plus au cœur de l'action. Ce virage a influé directement sur les services publics, dont les services sociaux, modifiant du coup les conditions de pratique en travail social. Celles-ci se sont graduellement transformées, minant l'autonomie des intervenants dans leur travail direct auprès de la population, leurs rôles et la manière de les exercer.

Les résultats partiels de la recherche exposent les conséquences de la réforme sur les intervenants. En première analyse, on peut dire que les intervenants vivent et ressentent de la colère, du stress et de l'anxiété. La situation créée de la démobilité, de l'absentéisme au travail, de l'isolement, un repli sur soi et le souhait de la retraite précoce. Les intervenants adoptent différentes stratégies au travail pour composer avec le contexte en transformation. À titre d'exemple, on peut noter le développement d'une certaine rigidité envers le travail : certains font ce qu'on leur demande, ni plus ni moins, alors que d'autres tentent de contourner les nouvelles contraintes pour mieux servir l'usager. Certains vivent difficilement ces transformations pour différents motifs et sont fragilisés par la mutation du monde dans lequel ils se trouvent, faisant l'expérience d'une souffrance réelle au travail. En outre, certaines personnes s'isolent, comme le démontre ce témoignage :

*Certaines personnes se sont isolées. Et qu'est-ce qu'on fait concrètement dans notre quotidien? C'est pas évident. Je pense à une collègue anxieuse. Si on ne l'avait pas rencontrée à la sortie [d'une réunion] brailant, elle ne nous en aurait jamais parlé. [Pourquoi?] Parce que ça fait partie de son mode de fonctionnement. Elle a acheté qu'elle n'était pas performante. Ça fait partie des valeurs performance que les gens finissent parfois par intégrer et c'est pas facile de se battre contre ça. (R1)*

Les exigences de performance, provoquées entre autres par le contexte de reddition de comptes, amènent une pression au travail, comme en témoignent ces deux intervenantes :

*La pression est très grande... les exigences sont très grandes... les notes (de reddition de comptes) prennent 65 % de mon temps. Il faut que je le fasse, 30 minutes avec madame une telle, 15 minutes avec madame une telle... J'ai 420 minutes (dans la journée). Je ne marque pas tout, je ne peux pas parce que je ne prends pas de pause... trop de charge de travail. (R4)*

*C'est quoi être performant? De répondre, faire de ton mieux. De répondre de façon efficace aux besoins réels. Pour le CSSS, être performant, c'est faire du chiffre. Et plus tu fais du chiffre, plus tu es performant. Je suis désolée, moi je refuse de fonctionner comme ça. Avec certains dossiers, comme l'accumulation compulsive avec menace d'expulsion, aux yeux du CSSS, je serai jamais performante. C'est du travail à long terme. Mais moi j'estime qu'avec un certain nombre de ces dossiers-là, je suis performante, car les personnes retrouvent du pouvoir sur leur vie. (R1)*

L'autonomie est en jeu, les intervenants ont l'impression d'avoir de moins en moins de latitude pour exercer adéquatement. Cet extrait d'un entretien avec une intervenante démontre bien cette situation :

*Ça devient de plus en plus difficile. En même temps, les intervenants me demandent ce qu'il faut qu'ils fassent pour partir un comité de pairs [...] les intervenants tiennent à l'intervention psychosociale et ont l'impression que bientôt ils vont se faire dire quoi dire à leurs clients. (R3)*

Plusieurs critiques sont formulées à l'égard de la pratique. Un intervenant affirme qu'il se sent loin du terrain depuis la réforme : « [avant] on allait dans un HLM, on supportait un proche aidant, on avait un dîner à la soupe populaire. C'est ça être proche du terrain, aujourd'hui, c'est pu ça » (R3). Un autre intervenant souligne les impacts entre partenaires du réseau : « Les échanges inter-établissements qu'on faisait [avant la réforme], il n'y en a plus. Pour travailler avec quelqu'un, il faut avoir confiance » (R2). Pour ce même intervenant, le travail de proximité est de plus en plus rare; la réforme éloigne du terrain, des gens; « c'était mieux avant [...] Parce que pour moi c'est une profession où tu es avec les gens, pas avec les papiers » (R2). Dans le même ordre d'idées, une intervenante ajoute :

*Certains [clients] ont envie de me parler de choses du quotidien, même si je sais que ça va établir un lien de confiance pour les prochaines rencontres, je n'ai pas le temps... les familles ont l'impression de me déranger. Ils s'assoient en me disant : est-ce qu'on prend de ton temps... ça n'est pas comme ça que je veux intervenir. (R4)*

Les transformations structurelles du système de santé et des services sociaux interpellent les professionnels et on assiste à certains moments à un repositionnement visant à pallier les difficultés que pose la réforme. L'adoption de pratiques silencieuses, échappant au regard des gestionnaires, en offre un bel exemple :

*On a le choix de chialer (se plaindre) et de ne rien faire ou de louvoyer, c'est ce que je fais. [...] Quand j'ai un client absent, je ferme la porte [...] Ils commencent à les "stater" (comptabiliser) ces clients (absents). Ils disent : ah oui, vous auriez pu en voir plus, je ne vais quand même pas "booker" (prendre un rendez-vous) avec deux clients à la fois [...] Ce temps-là, je le prends pour faire mon évaluation, les stats [statistiques] que je n'ai pas eu le temps de faire ou attraper une T.S. à l'autre bout du corridor pour [discuter d'] un dossier. (R1)*

Un autre exemple démontre une mobilisation des intervenants par la formation d'un comité pour dénoncer les pratiques managériales :

*Tu te fais dire que t'atteins pas tes cibles. Les gens l'ont intégré ce souci de performance et sont complètement démolis. Tu sais pas combien de temps j'ai mis à ramasser des collègues à la petite cuillère. Puis j'ai dit ça suffit et on a interpellé le syndicat. Il y a un petit comité qui s'est mis sur pied. On essaie d'alerter les gens sur l'impact du mode de gestion : c'est quoi du harcèlement, comment on se protège. [...] Si on devient pas solidaire, on va crever. (R1)*

En somme, les résultats préliminaires indiquent des difficultés multiples vécues par les intervenants face aux transformations du contexte de travail. Toutefois, certains professionnels ont mis en place un ensemble de stratégies afin de maintenir un contrôle sur leurs activités et leur autonomie professionnelles. Néanmoins, en arrière-plan se joue un enjeu lié au travail, soit la « déprofessionnalisation » des professionnels. La responsabilité professionnelle n'est plus exercée comme elle devrait l'être. Voici un extrait d'entretien avec une intervenante qui exprime bien l'obligation de la performance et la déprofessionnalisation vécues et ressenties :

*On passait d'une obligation de voir 25 [usagers différents] à big one shot, 45 [usagers différents]. [...] Dans ce temps-là, ils nous donnaient 6 mois par [client] de suivi, 4 rencontres par journée [...] il y avait comme des barèmes qui se mettaient en place. [...] Ils ont fait venir un coordonnateur régional pour les best practices, qui allait nous dire comment faire notre travail [...] pour atteindre ce chiffre-là. (R5)*

Les exigences de performance par la reddition de comptes constituent en quelque sorte le nouvel ordre auquel doivent se conformer les professionnels. Cet aspect s'inscrit en faux contre la définition d'un professionnel à qui on doit garantir une autonomie dans l'exercice de son travail (Champy, 2009). La latitude requise pour exercer avec discernement est évacuée par le contexte où l'efficacité prime à plusieurs égards.

#### **4. Les conditions de pratique et la souffrance des intervenants**

La nouvelle gestion publique a fait son œuvre. Les intervenants sont devenus, en moins de deux décennies, soumis à des conditions telles qu'ils se sentent dépourvus de pouvoir : « dépossédés de leurs moyens d'intervention [...] ils réagissent par un taux de *burnout* élevé » (Parazelli, 1992 : 138). Les travailleurs, comme l'indique Parazelli (1992), n'ont plus les moyens de leur autonomie. Cette réalité rapportée en 1992 est toujours actuelle (Richard, 2013). Les nouvelles pratiques de gestion, qui souhaitent « rendre optimale l'utilisation des ressources organisationnelles et professionnelles » (Larivière, 2007 : 69), ont eu un effet direct sur les pratiques des travailleurs sociaux. À l'heure actuelle, force est de constater la pression vécue par les intervenants et la place dorénavant accordée à la reddition de comptes.

L'intervenant navigue dans ces eaux troubles. Le contrat l'unissant à l'État par des valeurs originellement partagées – protection, soutien social et solidarité – est remis en cause par plusieurs professionnels. Ne plus se reconnaître dans les valeurs des politiques et des programmes à appliquer, et par le fait même du réseau et de l'établissement pour lequel on travaille, amène à vivre un conflit de valeurs touchant directement l'identité professionnelle, le sens donné au travail et le sentiment de loyauté envers l'organisation et l'établissement (Chénard et Grenier, 2012; Dierckx et Gonin, 2015). Il existe bien souvent un décalage vécu et ressenti par les intervenants entre la pratique souhaitée, un idéal de pratique, et le réel, ce qui est prescrit. Cet idéal, construit, comme la profession, au moment fort de l'État providence, s'inscrit en faux contre les nouvelles valeurs d'imputabilité, de responsabilité individuelle, d'efficacité et d'efficience fondées uniquement sur l'atteinte de résultats. Le fait de sacrifier des valeurs importantes pour soi parce qu'on s'en fait imposer de nouvelles qui ne font pas sens, ou qui sont déraisonnables, est source de malaise ou de souffrance (Girard, 2009). Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'un tel écart peut conduire à un inconfort, un malaise, voire une souffrance au travail, morale ou psychique (Gonin, Lapierre et Grenier, 2012; Richard, 2013). Glaner (2008 : 75) rapporte à ce sujet que « [le] contexte professionnel dans lequel l'assistant social évolue véhicule un état de souffrance psychique de l'intervenant, qui se traduit par la perte progressive de la maîtrise de son action ». Les logiques se croisent : tensions professionnelles, sentiment d'impuissance et d'isolement, inefficacité professionnelle, absence de soutien et de reconnaissance conduisent à une souffrance psychique (Glaner, 2008).

Mais qu'entend-on exactement par souffrance psychique? La souffrance psychique concerne la santé mentale (Furtos, 2001). Fassin définit la souffrance psychique comme « une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société » (Fassin, 2004a : 9). Dans le même sens, Furtos (2001) lie la précarité psychique et la souffrance psychique : « la précarité psychique correspond à la vulnérabilité psychique devant le vacillement du monde et les difficultés de reconnaissance de soi comme digne d'existence dans un groupe humain donné » (Furtos, 2001 : 3). Ainsi, la confrontation avec le monde du travail en transformation peut conduire à ressentir une souffrance psychique lorsqu'il y a précarité sociale, c'est-à-dire « lorsque le monde inconnu, désintégré, l'emporte sur le monde connu » (Jacques, 2004 : 24). Pierret, citant Furtos, définit la précarité sociale comme le produit de changements objectifs dans l'organisation du monde connu et les conditions habituelles de vie qui se fragilisent : « [...] la précarité est avant tout la privation, la rupture du lien social. La précarité a modifié notre rapport au monde, à la société [...] par la souffrance omniprésente pour ceux qui sont « *in* », elle se manifeste par la souffrance au travail et/ou la peur de perdre son emploi » (Pierret, 2013 : 310-314). Dans cette perspective, la précarité sociale et la souffrance psychique sont alors intimement liées et risquent d'entraîner la rupture des liens sociaux et l'isolement en milieu de travail.



Dans ce contexte en transformation, exigeant une bonne dose d'adaptation, il est à la fois étonnant et choquant de constater que la mise en place de mesures de soutien vis-à-vis les professionnels ressemble davantage à des mesures de contrôle (Grenier et Bourque, 2015; Parazelli et Dessureault, 2010) augmentant le stress, le mal-être au travail et la démobilité. Pourtant, les mesures de soutien sont profitables à la mobilisation du personnel et devraient s'inscrire comme priorité, surtout devant la détresse croissante et le taux d'absentéisme au travail, lequel engendre des coûts humains et financiers importants. En constante augmentation au sein du réseau depuis 10 ans, ces coûts ont dépassé les 390 millions de dollars en 2014. De ces absences, 40 % sont liées à des problèmes de santé psychologique au travail (Front commun, 2014). Ce portrait est révélateur de la situation prévalant actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux, où les emplois sont occupés à plus de 70 % par des femmes (Emploi Québec, 2009). Toutefois, les infirmières sont particulièrement touchées, et la présidente de la FIQ évoque les soins sécuritaires pour remédier à la situation (Lachance, 2016). Cette dernière propose de revoir l'organisation du travail, ajoutant que la multiplication des réformes a engendré « beaucoup d'inquiétude et d'anxiété » (Lachance, 2016). Et l'environnement de travail actuel, produit de la NGP, est certainement un élément lié au symptôme d'absentéisme. Richard (2013) fait également un constat similaire.

Les principaux facteurs de risque portant atteinte à la santé mentale sont la surcharge quantitative, le peu de reconnaissance de l'entourage, les relations pauvres avec le supérieur ainsi que la faible participation aux décisions et le manque de circulation de l'information (Girard, 2009). Le manque de reconnaissance serait une problématique prioritaire (Brun, Biron et Ivers, 2007.) En effet, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec a effectué un sondage s'adressant à 103 intervenantes sociales des CSSS dans le but de mieux connaître les retombées des récents changements dans le cadre de la pratique des intervenants sociaux depuis la réforme Couillard, réalisée en 2004. Parmi les commentaires, l'organisation du travail est particulièrement rapportée : manque de stabilité vécue, besoin de soutien et d'encadrement clinique, désir d'un contexte plus flexible et demande de reconnaissance et d'équité (OPTSQ, 2006 : 27 cité par Larivière, 2013).

Étonnamment, et malheureusement, la supervision en travail social est souvent perçue comme négligeable par les gestionnaires; pourtant, elle agit comme un « effet tampon face à l'épuisement professionnel [et constitue] un appui émotif, instrumental et informationnel » (ACTS, 2006 : 9), tout comme le soutien entre pairs. Ces lieux de discussion brisent l'isolement, favorisent l'apprentissage et enrichissent les pratiques par les échanges de points de vue, engendrant du même coup un sentiment de contrôle chez les praticiens et des effets favorables sur la gestion du stress (ACTS, 2006), étant donné que l'environnement dans lequel se déploie le travail social ne favorise pas toujours le bien-être des intervenants.

## CONCLUSION

Cet article fait état des réformes dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis les années 1990 et des nouvelles logiques mises en place – politique/économique, administrative et pratique – auxquelles sont confrontés les professionnels. Deux éléments ont caractérisé l'ensemble de ces réformes : l'introduction de changements dans les structures et l'adoption de la nouvelle gestion publique. En effet, de la réforme Côté à la réforme Barette, les gouvernements, presque tous libéraux par ailleurs, ont tenté de pallier les problèmes du réseau en créant ou en abolissant des instances, en fusionnant des établissements et en centralisant de plus en plus la gestion des finances. Ceci n'est pas sans incidence sur les services sociaux qui ont progressivement dû céder du terrain au domaine sanitaire. La nouvelle gestion publique, élément central des transformations, a modifié de manière importante le système. Cette mutation de l'intervention publique comporte des effets directs sur les services sociaux et donc sur les travailleurs de ce champ. Ces derniers verront peu à peu se modifier leurs conditions de pratique et parallèlement leur autonomie professionnelle. La reddition de comptes constitue le mot d'ordre de toutes leurs actions, ce qui en définitive réduit le temps d'intervention et retire pour certains une part du sens qu'ils attribuaient à leur travail. Accorder une grande partie du temps de travail à remplir des statistiques visant à satisfaire l'administration pose problème. Selon la littérature et des recherches plus récentes, les effets négatifs de ces transformations sur les travailleurs sociaux se font sentir. Certains développent une souffrance au travail, d'ordre psychique. Malheureusement, comme le rapporte Furtos (2015 : 58), « les étayages institutionnels se fragilisent dans le cadre du néomanagement, c'est-à-dire du néolibéralisme » et les intervenants n'ont pas toujours le soutien requis et espéré.

De plus, la question du genre mérite d'être explorée puisqu'elle constitue un facteur important dans cette nouvelle dynamique de reddition de comptes mise en place dans le contexte d'une profession de *care*, un champ professionnel investi majoritairement par des femmes et exigeant de réaliser les tâches avec prudence et rigueur. Les travailleuses sociales se sont engagées dans une profession visant à soutenir les personnes; si elles ont l'impression de ne plus être en mesure de le faire, il est indéniable qu'un bon nombre d'entre elles sont en dissonance avec les valeurs du *care* qu'elles véhiculent tant bien que mal. Dans cette perspective, la question du genre constitue un domaine de recherche à explorer dans la transformation des pratiques et le travail du *care*.

Les praticiens, nous l'avons vu, sont confrontés dans leur travail à de nombreux enjeux complexes qu'ils doivent résoudre. Exercer son jugement professionnel face à une situation complexe requiert du temps pour mener à bien l'action. Le travail social, par rapport à d'autres métiers, n'est pas une « pratique formalisée et technique » (Champy, 2009 : 80); il exige de l'intervenant une réflexivité liée à la singularité et à la complexité des situations traitées, d'où l'incertitude et l'imprévisibilité dans l'action. L'intervenant doit souvent agir en plusieurs lieux et construire à la fois son intervention; c'est un travail de « tâtonnement et de bricolage », comme le rapporte Champy (2009 : 80), rarement simple. La présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), regroupant majoritairement des infirmières et d'autres professionnels de la santé (physique), mentionnait dans le cadre d'un entretien (Lachance, 2016) la nécessité de revoir l'organisation du travail pour des soins sécuritaires. Cet aspect rejoint également les travailleurs sociaux, car intervenir n'est pas une simple activité technique, mais bien réflexive. La réalité, assurément complexe, ne peut se réduire à l'application d'un code ou d'une loi. La résolution de problème suppose une démarche nécessitant de faire des conjectures et des hypothèses, d'évaluer les conséquences de ses actions et donc de réfléchir avant d'agir. Les praticiens doivent résoudre des situations singulières et complexes et donc adapter les interventions à la situation de la personne ou de la famille. Dans ces circonstances, la prudence est de mise et l'intervenant doit faire preuve de discernement dans son jugement pratique. Champy (2009) établit un lien direct entre les pratiques prudentielles et l'autonomie professionnelle :

« [...] le nom de « professions à pratique prudentielle » à celles qui, à l'opposé des petits métiers, cumulent une pratique prudentielle significative avec des protections qui leur ont été conférées pour garantir leur autonomie dans la conduite de leur travail. » (Champy, 2009 : 90)

Dans le contexte actuel, la responsabilité professionnelle se résume à la reddition de comptes. Du moins, c'est ce qu'on comptabilise. L'obligation de reddition de comptes implique bien souvent une méthodologie précise et des contraintes liées à l'investissement de temps qui y est associé. Les pressions pour agir rapidement compromettent l'action juste et réfléchie. Les travailleurs sociaux, par leur travail, ont le devoir du souci de l'autre et sont préoccupés par leurs actions et les retombées de celles-ci sur la personne et les familles. Les conditions de travail actuelles mettent à rude épreuve les travailleurs sociaux et présentent des risques pour les destinataires de l'intervention.

#### **ABSTRACT:**

*Considering their impacts on social work professionals, this paper first questions structural changes to health and social services in Quebec. In this exercise, the authors present recent major reforms to health and social services and the issues arising from them. Secondly, the paper presents research results of analyses conducted with social workers on labour transformations in health and social services. Finally, the authors raise questions about the working conditions and support offered to practitioners in a context of "prudential practices" (Champy, 2012).*

#### **KEYWORDS:**

*Social work, reform, new public management, health and social services, suffering at work, social insecurity, prudential practice*

---

#### **RÉFÉRENCES**

ACTS (2006). *Les travailleurs sociaux du secteur de la santé : leurs conditions de travail et autres sujets connexes. Une revue de la littérature*, dans <http://www.casw-acts.ca/sites/default/files/attachements.pdf>. Consulté le 10 novembre 2015.

- Alix, J.-S. (2014). « Travail social et procédures d'objectivation. Faux masque et vraie fiction » : 147-165, dans M. Boucher (sous la dir.), *L'État social dans tous ses États. Rationalisations, épreuves et réactions de l'intervention sociale*, Paris : L'Harmattan.
- Arrignon, M. (2011). *La managérialisation de l'État social : une perspective comparée (France, Pays-Bas, Espagne)*. Congrès AFSP 2011 – ST 20, La managérialisation de l'État social : le cas de la France dans le contexte international.
- Bégin, L. (2016). *Les loyautés multiples et les lacunes du système professionnel québécois*. Congrès ACFAS 2016 – L'éthique au cœur du travail social : quelles potentialités?
- Bellot, C., Bresson, M. et C. Jetté (sous la dir.) (2013). *Le travail social et la nouvelle gestion publique*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Belquasmi, M. (2014). « Introduction » : 143-145, dans M. Boucher (sous la dir.), *L'État social dans tous ses États. Rationalisations, épreuves et réactions de l'intervention sociale*, Paris : L'Harmattan.
- Bourque, D. (2009). « Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux du Québec », dans *Colloque européen (CEFUTS). Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires, Cahiers de recherche 0907*, Chaire de recherche du Canada, dans <http://w4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/0907Final.pdf>. Consulté le 30 octobre 2015.
- Bourque, M. et A. Quesnel-Vallée. (2014). « Intégrer les services de santé et les services sociaux : la réforme Couillard de 2003 », *Observatoire des réformes en santé*, vol. 2, n° 2. <https://escarpmentpress.org/hro-ors/article/view/1189/1228>. Consulté le 15 novembre 2015.
- Bourque M. et G. Leruste. (2010). « La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1980 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel », *Politique et sociétés*, vol. 29, n° 3, 105-129.
- Brousselle, A., Contandriopoulos, D., Breton, M. et G. Champagne (2016). « Comment donner un sens cohérent aux transformations en cours dans le système de santé? », *Le Point*, vol. 12, n° 1, 36-38.
- Champy, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*, Paris : PUF.
- Champy F. (2009). *La sociologie des professions*, Paris : PUF
- Chénard, J. et J. Grenier (2012). « Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité », *Intervention*, n° 136, 18-29.
- CNW (2016). « La ministre Stéphanie Vallée veut renforcer la gouvernance et l'éthique au sein des ordres professionnels ». <http://www.newswire.ca/fr/news-releases/la-ministre-stephanie-vallee-veut-renforcer-la-gouvernance-et-lethique-au-sein-des-ordres-professionnels-578993291.html>. Consulté le 17 mai 2016.
- de Gaulejac, V. (2010). « La NGP : nouvelle gestion paradoxante », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 22, n° 2, 83-98.
- Dwivedi, O. P. et J. I. Gow (1999). *From bureaucracy to public management. The administrative culture of the government of Canada*, Peterborough, Toronto : Broadview Press.
- de Visscher, C. et F. Varone (2004). « La nouvelle gestion publique “en action” », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 11, 177-185.
- Dierckx, C. et A. Gonin. (2016). « Tensions éthiques dans le travail social aujourd'hui : au-delà des malaises récurrents, de nouveaux enjeux » : 151-177, dans L. Bégin et J. Centeno (sous la dir.), *Les loyautés multiples. Mal-être au travail et enjeux éthiques*, Montréal : Nota bene.
- Fassin, D. (2004a). *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, Paris : La Découverte.
- Fassin, D. (2004b). « Et la souffrance devint sociale. De l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions », *Critique*, Tome LX, n° 680-681, 16-29.
- Fortin, P. (2003). « L'identité professionnelle des travailleurs sociaux », 85-104, dans G. A. Legault (sous la dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Québec : PUQ.
- Front commun 2015 (2014). Améliorer la qualité de vie au travail. <http://frontcommun.org/materiel/brochure-ameliorer-la-qualite-de-vie-au-travail/#fullend>. Consulté le 13 mai 2013.
- Furtos, J. (2015). « Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale », *Empan*, n° 98, 55-59.
- Furtos J. (2001). « Précarité du monde et souffrance psychique », *Rhizome*, n° 5, juillet, 3-5. Dans : [http://cediasbibli.org/opac/doc\\_num.php?explnum\\_id=1750](http://cediasbibli.org/opac/doc_num.php?explnum_id=1750). Consulté le 11 janvier 2016.
- Furtos, J. (1999). *Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale*, <http://www.ch-le-vinatier.fr/ORSPERE/publications/precarite-souffrance.htm>. Consulté le 15 mars 2014.

- Girard, D. (2009). « Conflit de valeur et souffrance au travail », *Éthique Publique*, vol. 11, n° 2, 129-138.
- Glaner, T. (2014). « Agir et art de faire. Répercussions sur le développement identitaire des assistants sociaux », *Phronesis*, vol. 3, n° 3, 63-77.
- Gonin A., Grenier J. et J. Lapierre (2012). « Impasse éthique des politiques sociales », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 25, n° 1, 166-186.
- Grenier, J. et M. Bourque (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. La nouvelle gestion publique ou le démantèlement progressif des services sociaux*. Dans <http://www.riocm.ca/recherche-levolution-services-sociaux-au-quebec-ngp/>. Consulté le 15 septembre 2014.
- Grenier, J. et J. Chénard (2013). « Complexité et intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs individuel et de groupe dans une situation litigieuse », *Intervention*, n° 138, 56-71.
- Hood, C. (1991). « Public management for all seasons? », *Public Administration*, vol. 69, 3-19.
- Jacques, P. (2004). « Souffrance psychique et souffrance sociale », *Pensée plurielle*, vol. 2, n° 8, 21-29.
- Lachance, N. (2016). « Absentéisme record ». Extrait du site <http://www.journaldemontreal.com/2016/01/10/absenteisme-record>. Consulté le 16 mai 2016.
- Lacoursière, A. (2015). « Planetree : approche coûteuse ou essentielle? », La Presse. Extrait du site <http://lapresse.ca/actualites/sante/201512/14/01-4930915-planetree-approche-couteuse-ou-essentielle.php>. Consulté le 15 avril 2015.
- Larivière, C. (2013). « Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? », *Intervention*, n° 136, 30-40.
- Larivière, C. (2010). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Montréal, Rapport de recherche réalisé par le Comité de la pratique professionnelle concernant les réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'OTSTCFQ. Dans <https://otstcfq.org/docs/default-document-library/rapport-larivi%C3%A8re-4-final.pdf?sfvrsn=0>. Consulté le 22 octobre 2015.
- Larivière C. (2007). « La transformation des structures par la nouvelle gestion publique. Évolution obligée des CLSC et opportunité d'innovation » : 53-56, dans C. Bellot et É. Baillergeau (sous la dir.), *Les transformations de l'intervention sociale entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?*, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Le Galès, P. et P. Lascoume. (2007). *Sociologie de l'action publique*, Paris : Collin.
- Merrien, F.-X. (1999). « La nouvelle gestion publique : un concept mythique? », *Lien social et Politiques*, n° 69, 95-103.
- Office des professions (2016). Dépôt du projet de loi n° 98 : Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel. Extrait du site de l'Office des professions : <http://www.opq.gouv.qc.ca/actualites/communiques/detail/article/depot-du-projet-de-loi-n98-loi-modifiant-diverses-lois-concernant-principalement-ladmission-aux-professions-et-la-gouvernance-du-systeme-professionnel/>. Consulté le 17 mai 2016.
- Parazelli, M. et S. Dessurault (2010). « Prévention précoce, nouvelle gestion publique et figures d'autorité », *Les politiques sociales*, n° 1 et 2, 13-26.
- Parazelli, M. (1992). « La productique sociale : un point de vue communautaire sur les risques sociaux du chapitre 42 des lois du Québec (loi 120) », *Service social*, vol. 41, n° 1, 127-142.
- Pollitt, C. et G. Bouckaert (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State, Third Édition*, Oxford : Oxford University Press, 352 p.
- Pollitt C. (2006). « Is the Emperor In His Underwear? An analysis of the impacts of public management reform, Public Management : An International Comparison », *Journal of Research and Theory*, vol. 2, n° 2, 181-200.
- Québec (2016). *Faits saillants. Femmes et travail. Le féminin, ça s'emploie partout*, Québec : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. [http://www.emploiquebec.gouv.qc.ca/publications/pdf/00\\_imt\\_femmes\\_faits-saillants.pdf](http://www.emploiquebec.gouv.qc.ca/publications/pdf/00_imt_femmes_faits-saillants.pdf). Consulté le 17 mai 2016.
- Richard, S. et M. Mbonimpa (2013). « La souffrance psychique et morale au travail – Enjeux pour les professionnels du secteur de la santé et des services sociaux », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 19, n° 2, 10-24.
- Richard, S. (2013). « L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 19, n° 2, 111-139.
- Supiot, A. (2015). *La gouvernance par les nombres*. Paris : Instituts avancés de Nantes/Fayard.