



**Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec**

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

Sondage en ligne 2007

L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle

Claude Larivière, Ph. D., travailleur social

Projet de recherche réalisé par le
Comité de la pratique concernant
les réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'OTSTCFQ

Mai 2008

Table des matières

Introduction.....	3
Le public cible et la participation au sondage en ligne	4
L'échantillon et les caractéristiques personnelles des répondants	5
1. Les transformations actuelles vécues dans les centres de santé et de services sociaux....	9
Les impacts sur leur activité professionnelle	13
Le soutien reçu et disponible	18
2. L'expression de leur vécu quant aux dimensions clés.....	24
2.1 La contribution attendue de leur organisation	24
2.2 La forme de soutien qu'ils pourraient se donner	33
2.3 Y a-t-il des initiatives intéressantes dont on pourrait s'inspirer?	37
3. Analyse et recommandations	45
1. La gestion des processus du réseau public.....	45
2. Le développement professionnel des travailleurs sociaux	47
Références.....	45

Introduction

L'Ordre a poursuivi en 2007 ses efforts pour connaître l'opinion de ses membres sur l'impact de la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Un deuxième sondage en ligne a donc été réalisé en plus de la tenue d'un colloque à Québec, en juin, pour explorer à la fois les conséquences de cette transformation majeure des structures organisationnelles et des pratiques professionnelles et identifier concrètement des moyens de soutenir les travailleurs sociaux engagés dans cette réforme. Notre objectif reste d'assurer une présence humanisante dans ce réseau public de services où nos membres sont au cœur de la relation à maintenir entre les besoins exprimés et les interventions soutenues par l'État pour tenter d'y répondre.

Avec ce deuxième sondage, l'Ordre continue d'adapter ses pratiques au contexte des nouvelles technologies en utilisant de nouveau les communications électroniques. Un problème technique au niveau du réseau informatique du ministère nous a obligés à prolonger la période prévue pour répondre au questionnaire et a probablement contribué à maintenir le taux de réponse autour du quart des répondants potentiels. Un troisième sondage en ligne nous permettra sans doute d'obtenir un meilleur taux de participation en 2008.

La démarche a été supervisée, comme en 2006, par le Comité de la pratique concernant les réseaux locaux de santé et de services sociaux créé par le bureau de direction de l'Ordre en février 2005 et constitué de mesdames Ghislaine Brosseau, secrétaire et directrice générale de l'Ordre, Thérèse Eustache du CSSS St-Léonard et Saint-Michel, Marie-Andrée Laramée du CSSS de Laval, Micheline Moreau du CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord, Thérèse Viel du CSSS de la Vieille Capitale et de monsieur Claude Larivière, de l'École de service social de l'Université de Montréal. Le comité est soutenu activement dans son travail par deux membres de la permanence de l'Ordre : mesdames Rose-Myrène Dorival, secrétaire à la direction, et Martine Tanguay, analyste en informatique.

Le comité a analysé les résultats du sondage de 2006 et a convenu du contenu de celui de 2007. Deux ajouts majeurs doivent être soulignés :

- trois questions ouvertes, placées à la fin du questionnaire, nous ont permis d'approfondir des dimensions importantes pour mieux saisir l'évolution de la situation : *Quelle serait la forme de soutien la plus utile que votre organisation pourrait vous apporter au cours de la prochaine année pour vous aider à bien accomplir votre travail? Quelle serait la forme de soutien que vous pourriez vous donner ? Y a-t-il des initiatives intéressantes (« bons coups ») qui se déroulent dans votre organisation et dont vos collègues pourraient s'inspirer?* Cette partie qualitative permet aux répondants d'exprimer ce qu'ils perçoivent et vivent quotidiennement. Pour nous, ces ajouts nous permettent d'apporter des nuances intéressantes aux résultats quantitatifs et d'avancer des explications et des interprétations possibles.
- L'ajout de plusieurs questions portant sur l'équilibre travail/famille suite à une demande de chercheurs québécois et européen intéressés à comparer la situation vécue par les travailleurs sociaux avec celle des infirmiers et des policiers. Diane-Gabrielle Tremblay, de la Télé-Université, et Bernard Fusulier, de l'Université catholique de Louvain (Belgique) sont les deux chercheurs qui dirigent cette recherche. Ces aspects ne seront pas abordés dans le présent rapport puisque l'analyse des questions sera menée séparément par cette équipe, en collaboration avec Claude Larivière, afin de s'assurer que leur interprétation tienne compte du contexte de travail des travailleurs sociaux québécois. Cette partie du sondage a fait l'objet d'un article synthèse que nous avons ajouté en annexe de ce rapport.

Comme pour l'an dernier, le présent rapport de recherche est le fruit d'un travail commun d'échanges entre les membres du comité, mais demeure la responsabilité de son rédacteur. Une synthèse des résultats, constituant un premier document de sensibilisation, sera préparée et envoyée à toutes les personnes qui en ont fait la demande à la fin de leur questionnaire. Nous trouvons particulièrement important d'encourager la participation des membres en leur fournissant une vision d'ensemble des résultats.

Le public cible et la participation au sondage en ligne

L'Ordre compte 2 827 membres dans les CSSS. Parmi ces personnes, 1 800 ont fourni une adresse électronique (63,7 %) que ce soit, au travail ou au domicile ou même les deux. Ce

sont ces personnes auxquelles le sondage était destiné et chacune d'entre elles a reçu une invitation (et deux rappels) à se rendre sur le site Internet de l'Ordre pour y remplir le questionnaire en ligne. De facto, 135 messages (7,5 %) indiquant que l'invitation ne pouvait être livrée (changement de poste et d'adresse électronique, personnes en congé, erreur dans l'adresse, boîte de messages déjà pleine, etc.) font que le nombre potentiel de répondants dans les CSSS était de 1 665 personnes. Parmi elles, 433 personnes se sont effectivement prévaluées de l'opportunité de répondre au questionnaire en ligne (26 %). Ce taux de réponse est sensiblement le même que l'an dernier (25,4 %) et il peut apparaître faible, mais trois types de facteurs indépendants de notre volonté y contribuent : de nombreux établissements ne permettent pas à leurs employés de répondre à de telles invitations reçues en ligne; plusieurs travailleurs sociaux n'ont pas véritablement accès à l'Internet en milieu de travail. D'autre part, comme l'an dernier, le fait que le sondage était rédigé uniquement en français peut contribuer à freiner des répondants potentiels anglophones (plusieurs d'entre eux ont répondu en anglais aux trois questions ouvertes). Enfin, le réseau a été longuement paralysé entre le 14 février et le 1^{er} avril par une interruption du service de messagerie du gouvernement, ce qui nous a forcés à prolonger la période de réponse.

L'échantillon et les caractéristiques personnelles des répondants

Cette première section permet de catégoriser les répondants et de comparer deux de ces caractéristiques avec des données de l'ensemble des membres de l'Ordre. La première concerne la région où se situe leur employeur principal. Comme on le constate, les membres de certaines régions se sont exprimés davantage par ce moyen électronique que la moyenne (en particulier les régions Bas St-Laurent et Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, ainsi que Mauricie/Centre-du-Québec et la Côte-Nord) alors que dans d'autres, c'est le contraire qui est observable en particulier Montréal et Laval. À notre avis, il s'agit moins d'une question d'attitude que d'accès. Nous croyons qu'à mesure que celui-ci se généralisera, ces écarts, relativement modestes et sans influence notable sur les résultats, s'atténueront.

Régions	% des membres de l'OPTSQ	% des répondants au sondage
01/11 - Bas-St-Laurent/Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine	2,9 %	5,3 %
02 - Saguenay/Lac-St-Jean	4,3 %	3,5 %
03/12 - Capitale-Nationale/Chaudière-Appalaches	17,7 %	17,6 %
04/17 - Mauricie/Centre-du-Québec	3,7 %	5,8 %
05 - Estrie	4,6 %	4,2 %
06/13 - Montréal/Laval	36,9 %	30,5 %
07 - Outaouais	3,8 %	3,7 %
08/10 - Abitibi/Témiscamingue/Nord-du-Québec	3,1 %	3,7 %
09 - Côte-Nord	1,2 %	2,5 %
14/15 - Lanaudière/Laurentides	8,5 %	8,8 %
16 - Montérégie	13,8 %	14,6 %
Le Québec : nombre de personnes	6413	433

Nous pouvons aussi comparer nos répondants avec une autre caractéristique connue des membres de l'Ordre. Il s'agit de la répartition entre les sexes qui nous apparaissait importante parce qu'un biais culturel face à l'usage des technologies informatiques aurait pu jouer. Or ce n'est pas le cas puisque la représentation des femmes parmi les répondants reflète leur poids démographique parmi les membres de l'Ordre.

Sexe	Membres de l'OPTSQ	% des membres de l'OPTSQ	Répondants	% des répondants au sondage
Féminin	5419	83,6	345	82,7
Masculin	1065	16,4	72	17,3
Total	6484	100	417	100

Nous souhaitons ensuite savoir comment se répartissaient les répondants provenant du réseau de la santé et des services sociaux par rapport à un certain nombre de caractéristiques professionnelles et organisationnelles : fonction exercée, expérience professionnelle, titre

d'emploi, statut et lien d'emploi, études universitaires. Dans chacun des cas, les tableaux sont présentés selon l'importance respective des réponses fournies.

La très grande majorité des répondants agissent comme praticiens, les fonctions liées à la gestion et à la coordination représentant seulement 10,2 % des effectifs.

Fonction exercée	Nombre de répondants	% des répondants
Praticien	349	80,6 %
Praticien/superviseur	30	6,9 %
Gestionnaire	19	4,4 %
Coordonnateur	13	3,0 %
Superviseur/conseiller clinique	12	2,8 %
Aucune de ces réponses	10	2,3 %
Total	433	100 %

En ce qui concerne le nombre d'années d'expérience professionnelle en travail social que possèdent les répondants, notons que la catégorie principale est constituée par la relève, les jeunes en représentant presque 30 %. Cela est rassurant, car si on additionne les deux catégories représentant les répondants très expérimentés (16 ans et plus), on obtient 40,0 % ce qui signifie qu'il y aura encore des mouvements significatifs vers la retraite dans les prochaines années. Un troisième groupe est formé par des praticiens expérimentés (entre 6 et 15 ans) et représente 32 % de l'échantillon.

Expérience professionnelle	Nombre de répondants	% des répondants
entre 0 et 5 ans	123	28,4 %
21 ans et plus	106	24,5 %
entre 6 et 10 ans	80	18,5 %
entre 16 et 20 ans	67	15,5 %
entre 11 et 15 ans	57	13,1 %
Total	433	100 %

La question des titres d'emploi en usage dans les établissements a souvent fait l'objet de débats, notamment en raison de l'usage de la catégorie d'agents de relations humaines. Nous constatons que l'essentiel des praticiens obtiennent maintenant une reconnaissance de leur profession et que seulement une personne doit encore occuper un poste de technicien en travail social. Nous observons l'apparition timide d'une nouvelle nomenclature reflétant l'évolution des services (gestionnaire de cas).

Titre d'emploi	Nombre de répondants	% des répondants
Travailleur social	325	77,9 %
Agent de relations humaines	47	11,3 %
Cadre - gestionnaire hiérarchique	14	3,4 %
Aucune de ces réponses	10	2,4 %
Cadre - gestionnaire-conseil	8	1,9 %
Gestionnaire de cas	7	1,7 %
Organisateur communautaire/travailleur communautaire	5	1,2 %
Technicien en travail social	1	,2 %
Total	417	100 %

La grande majorité des répondants travaillent à temps plein et dans le cas des personnes qui ne le font pas, nous constatons qu'il s'agit majoritairement d'un choix (soit en raison d'un investissement familial, d'un partage du temps professionnel avec la pratique privée, d'études ou d'une retraite progressive).

Statut d'emploi	Nombre de répondants	% des répondants
Travail à temps plein	321	77,0 %
Travail à temps partiel (par choix)	60	14,4 %
À temps partiel (sans choix)	36	8,6 %
Total	417	100 %

La grande majorité des répondants occupe un poste, ce qui tend à stabiliser les ressources humaines et à assurer la continuité dans les interventions auprès des clientèles. Mais nous constatons une baisse significative des détenteurs de postes par rapport à l'année précédente

(-7 %) qui se traduit par une hausse équivalente des statuts précaires. Nous serons attentifs à cet aspect lors du prochain sondage.

Statut d'emploi	Nombre de répondants	% des répondants
Occupe un poste	321	77,0 %
Fait un remplacement	63	15,1 %
Travail à temps partiel (liste de rappel)	33	7,9 %
Total	417	100 %

Nous désirions aussi connaître le niveau de formation de nos répondants en leur demandant quel était leur dernier diplôme obtenu en service social. Nous constatons que près de 20 % possèdent une maîtrise, sans que nous sachions s'il s'agit là d'un choix professionnel personnel ou de l'impact des exigences à l'égard des personnes qui détiennent un premier baccalauréat dans un domaine autre que le service social pour devenir membre de l'Ordre.

Formation universitaire	Nombre de répondants	% des répondants
Baccalauréat	342	82,0 %
Maîtrise	75	18,0 %
Total	417	100 %

1. Les transformations actuelles vécues dans les Centres de santé et de services sociaux

Il est apparu, notamment à la lecture des réponses à une question ouverte, que bien que des conséquences soient déjà mesurables pour certaines personnes, l'impact réel de la réforme en cours devra être de nouveau mesuré au terme du processus, encore en cours dans la plupart des établissements. Nous reviendrons sur ces éléments en conclusion de notre analyse.

Nous avons d'abord demandé aux 433 répondants provenant des CSSS quelle était la mission pour laquelle ils travaillent principalement; on constate la nette prédominance des postes en CLSC, suivi des CH; cela apparaît tout à fait normal compte tenu de la nature des programmes et services. Concernant les 16 personnes qui ont coché « Aucune de ces réponses », cela s'explique facilement. Elles ont répondu au sondage parce qu'elles

travaillent à temps partiel en CSSS et ont indiqué que leur employeur principal est un autre type d'établissement. Quant aux 24 personnes qui sont affectées à plus d'une mission au sein de leur CSSS, cela traduit bien la tendance obligée à la polyvalence des ressources humaines et professionnelles à l'intérieur d'un établissement fusionné.

Mission à laquelle ils sont principalement affectés	Nombre de répondants	% des répondants
CSSS - CLSC	322	74,4 %
CSSS - CH	46	10,6 %
Plus d'une mission dans mon établissement	24	5,5 %
CSSS - CHSLD	17	3,9 %
Aucune de ces réponses	16	3,7 %
CSSS-Réadaptation	8	1,9 %
Total	433	100 %

Nous voulions ensuite savoir jusqu'à quel point et surtout comment les travailleurs sociaux employés des CSSS étaient associés à la démarche obligée de leur organisation pour se doter d'un projet clinique. On constate que la majorité des répondants (56 %) ont été informés que le CSSS devait préparer un tel projet, sans que cela soit différent de la première année. Par la suite, les réponses fournies portent uniquement sur l'expérience des 234 personnes qui ont répondu « Oui » à la première question.

Nous constatons que l'information reçue est, dans l'ensemble, jugée insuffisante (-14 % par rapport à 2006) bien que plus pertinente (+12 %).

Le projet clinique du CSSS				
Questions	Oui	% 2007	% 2006	Différence
Avez-vous été consulté(e) individuellement ou en équipe sur un aspect ou l'ensemble de la démarche d'implantation du projet clinique de votre CSSS?	234	56,1 %	55,6 %	+0,5
L'information reçue du CSSS au sujet du projet clinique était-elle suffisante?	113	48,3 %	61,9 %	-13,6
L'information reçue du CSSS au sujet du projet clinique était-elle pertinente?	181	77,4 %	65,9 %	+11,5

Nous avons demandé aux 234 répondants informés du fait que leur CSSS devait préparer un projet clinique articulé autour d'un certain nombre de programmes quels ont été les moyens utilisés pour les impliquer dans la réorganisation des services.

Les trois principaux moyens utilisés ont été, comme en 2006, les réunions d'équipe (unité de travail, +10 %), l'information provenant de leur supérieur immédiat (-4 %) et le journal interne du CSSS (-10 %). Cela semble signifier que moins d'information a été fournie, mais que davantage de possibilités d'implication apparaissent à mesure que la démarche progresse. Cela semble confirmé par l'importance accrue de processus formels de consultation (+15 %) et des comités de travail (+18 %). Notons que chaque répondant a fourni en moyenne 3,2 réponses ce qui signifie que ces moyens peuvent tout à fait se superposer.

Quels moyens ont été utilisés pour vous impliquer dans la structuration et l'organisation de votre CSSS? (n = 234)	Nombre de réponses	% des répondants
Réunion d'équipe ou de service (votre unité de travail)	155	66,2 % (+10 %)
Information reçue du supérieur immédiat	112	47,9 % (-4 %)
Journal interne au CSSS	101	43,2 % (-10 %)
Réunion de tout le personnel	91	38,9 % (+3 %)
Processus formel de consultation	82	35,0 % (+15 %)
Comité de travail	82	35,0 % (+18 %)
Rencontre avec un ou des membres du comité de direction	71	30,3 % (+5 %)
Réunion du Conseil multidisciplinaire	43	18,4 % (-3 %)
Aucune implication	5	2,1 % (-8 %)

Préoccupés par le type d'encadrement professionnel disponible, nous avons posé aux répondants des CSSS la question de la formation du supérieur immédiat. La situation s'est détériorée de 2006 à 2007. Il nous faudra vérifier dans le prochain sondage si cela se poursuit.

Votre supérieur immédiat possède-t-il une formation de base en... (417 répondants)	Nombre de réponses	% des répondants
Travail social	168	40,3 % (-4,5 %)
Autre	139	33,3 % (+1 %)
Soins infirmiers	110	26,4 % (+3 %)

Compte-tenu de la taille des nouvelles organisations, les orientations seront en grande partie élaborées par le comité de direction, soit l'équipe des cadres supérieurs, s'appuyant sur le conseil d'administration. Nous avons donc voulu savoir si, selon les répondants, au moins un de ces cadres supérieurs possédait une formation en travail social. C'est le cas pour près de 60 % des répondants. Les autres sciences sociales axées sur le comportement humain représentent ensemble un autre 23 %. Il n'y a pas ici de changement significatif avec l'année précédente.

Y a-t-il dans votre organisation un cadre supérieur dont la formation est en... (417 répondants)	Nombre de répondants	% des répondants
Travail social	48	59,4 %
Non ou ne sais pas	74	17,8 %
Psychologie	35	8,4 %
Autres domaines dans les relations humaines	34	8,1 %
Psycho-éducation	17	4,1 %
Sexologie	5	1,2 %
Criminologie	4	1,0 %

Les impacts sur leur activité professionnelle

Nous entrons ici dans la partie du sondage qui vise à mesurer, au moment du sondage soit entre janvier et avril 2007, les différentes répercussions de la réforme en cours. Selon le cheminement choisi par chaque CSSS, il est possible que ces impacts ne soient encore que partiellement perceptibles et il nous faudra poser à nouveau de telles questions dans un an pour mesurer les changements.

Les répondants estiment que la réforme Couillard a eu un effet passablement ou énormément important sur leur contexte de travail (+12,5 %), soit leurs relations avec l'entourage professionnel, le style de gestion de l'établissement où ils travaillent, la présence ou l'absence d'encadrement et les aspects bureaucratiques du fonctionnement de cette organisation. En d'autres termes, la réforme Couillard génère des effets secondaires tout à fait indésirables qui risquent d'atténuer ou d'annuler les effets positifs recherchés (accessibilité, continuité des services). Ces effets sont immédiats et probablement durables alors que les bénéfices se matérialiseront à moyen terme.

Fait nouveau, le troisième facteur de l'an dernier, l'impact sur les tâches (nature, envergure, responsabilité) bondit au deuxième rang et augmente de 16 %. La réforme ne touche plus seulement les structures, mais également l'organisation du travail et les pratiques.

Sur les autres aspects, les réponses ne varient pas beaucoup même si nous constatons une augmentation de l'impact de la restructuration; nous croyons qu'il est possible que la mise

en application de la réforme soit encore trop récente pour que les répondants puissent en évaluer tous les effets.

Depuis le début de la réforme Couillard et jusqu'à maintenant, cette réforme a-t-elle eu un impact sur une ou plusieurs dimensions de votre activité professionnelle? (417 répondants)	Résultats	
Dimensions	Passablement/énormément	Variation sur 2006 (en %)
Votre contexte de travail (relations avec l'entourage professionnel, style de gestion, présence ou l'absence d'encadrement, aspects bureaucratiques)	74,1	+12,5 %
Impact sur vos tâches (nature, envergure, responsabilité)	48,9	+16 %
Votre identité professionnelle (rôles spécifiques reconnus à profession, sentiment de compétence)	39,1	+3 %
Vos conditions de travail (horaires, locaux, statut, affectation)	38,6	+9 %
Votre cheminement de carrière (mobilité, possibilité de promotion)	33,1	+6 %

La seconde question permet de constater l'effet stressant de l'évolution du contexte de travail (impact négatif) pour 66 % des répondants (+10,5), ainsi qu'un début d'effet stressant pour 47 % des travailleurs sociaux des CSSS en lien avec les impacts de la réforme sur leurs tâches (+6) et leur identité professionnelle (40 %, peu de changement). L'impact sur leurs conditions de travail et leur cheminement de carrière demeurent résiduels pour le moment.

Quelle est pour vous l'intensité de l'effet stressant de ces changements en rapport avec chacune des dimensions suivantes? (417 répondants)	Résultats	
Dimensions	Passablement/ extrêmement	Variation sur 2006 (en %)
Votre contexte de travail (relations avec l'entourage professionnel, style de gestion, présence ou absence d'encadrement, aspects bureaucratiques)	65,7	+10,5 %
Impacts sur vos tâches (nature, envergure, responsabilités)	46,5	+6 %
Votre identité professionnelle (rôles spécifiques reconnus à profession, sentiment de compétence)	40	+1 %
Vos conditions de travail (horaires, locaux, statut, affectation)	32,3	
Votre cheminement de carrière (mobilité, possibilité de promotion)	31,8	+2,5 %

Nous avons ensuite soumis aux travailleurs sociaux des CSSS une question plus directe avant de les inviter à préciser ces « difficultés nouvelles ». Nous constatons que pour 68,6 % des répondants (+10 %) la réforme s'accompagne effectivement de difficultés nouvelles, qui peuvent aussi être des difficultés déjà existantes qui s'accroissent.

Dans le contexte de la réforme actuelle, éprouvez-vous des difficultés nouvelles reliées à cette transformation?	Nombre de répondants	% des répondants
Oui	286	68,6 %
Non	78	18,7 %
Ne sais pas	53	12,7 %
Total	417	100 %

Quelles situations vécues provoquent ces difficultés nouvelles? Nous avons proposé 21 indicateurs potentiels aux répondants. Deux recueillent le soutien d'au moins les deux tiers des répondants, comme en 2006 :

- « **Je suis mal informé(e) de ce qui se passe.** » Cela malgré le fait que plus tôt, concernant le projet clinique lui-même, l'information était majoritairement jugée

comme « suffisante ». Le problème semble plus profond et toucher l'ensemble du fonctionnement organisationnel.

- « **Le style de gestion ne répond pas à mes attentes.** » Cela ressortait déjà, bien qu'à un niveau plus faible, de recherches antérieures (Larivière, 1995; 2001). Les intervenants, tout comme les gestionnaires de premier niveau valorisent le plus souvent un style de gestion qui les consulte et surtout tient compte de leurs préoccupations. Nous pouvons penser que sur cet aspect la tradition plus hiérarchique et technobureaucratique des centres hospitaliers tout comme la taille accrue des établissements fusionnés risquent d'accentuer la distance entre le point de vue de la direction et celui des intervenants.

Une dimension qui se situait aussi à ce niveau l'an dernier provoque un peu moins de réactions insatisfaisantes cette année (55,9 %) :

« **Mon sentiment d'appartenance organisationnelle est faible.** » Dans toutes les organisations professionnelles, le sentiment d'appartenance le plus fort est lié à la profession, puis à l'équipe de travail, à la direction à laquelle on est affecté et enfin à l'organisation dans son ensemble. Cependant, avec ce faible sentiment d'appartenance, comment les CSSS pourront-ils s'assurer de l'adhésion des travailleurs sociaux à leur nouvelle organisation?

Quatre indicateurs affectent négativement 50 % des répondants, dénotant certainement des problèmes : « Mes valeurs sont en conflit avec celles de l'organisation » (54 %, -9 %), « je vis une surcharge quantitative (charge de cas) » (52 %, identique), « mon employeur offre peu de possibilités d'augmenter mon expertise » (53 %, -4 %) et « le travail d'équipe est insatisfaisant » (46 %, -6 %).

Même si nous constatons des améliorations, il faut rappeler que chacune de ces dimensions comporte des conséquences pour le climat de travail ou l'adhésion au projet organisationnel. Ne pas tenir compte de ces éléments contribue à affaiblir l'utilisation du potentiel de ces ressources humaines. Et il est probable que des intervenants d'autres professions pourraient affirmer les mêmes choses.

Pour neuf indicateurs, plus du tiers des répondants soulignent l'existence de malaises : « Le soutien qui m'est offert [par mon employeur] » (44 %, +7 % d'insatisfaction), « Les ressources informatiques mises à ma disposition sont insuffisantes » (44 %, -2 %), « Je dois gérer une liste d'attente » (43 %, -2 %), « ma tâche est mal définie » (42 %, -8 %), « Le respect de la confidentialité (locaux partagés) n'est pas assuré » (42 %, identique), « L'équipe multidisciplinaire fonctionne mal » (41 %, -7 %), « Des contraintes sont imposées quant à la nature de mes interventions » (35 %, +3 %), « La collaboration des autres organismes est inadéquate » (35 %, +4 %), « Mon expertise n'est pas reconnue » (34 %, -5 %). Notons quelques améliorations. À cela s'ajoutent d'autres aspects, qui semblent poser moins de problèmes même si elles constituent des contraintes.

Nous avons ensuite voulu savoir si les changements intervenus au cours des deux dernières années ont affecté l'identité professionnelle des répondants : oui, nous confirment plus de 58 % d'entre eux, alors que 31 % pensent le contraire et que 11 % ne se prononcent pas.

Croyez-vous que les changements intervenus au cours des deux dernières années ont affecté votre identité professionnelle?	Nombre de répondants	% des répondants et variation avec 2006
Oui	244	58,5 % (+11 %)
Non	129	30,9 % (-8 %)
Ne sais pas	44	10,6 % (-2,5 %)
Total	417	100 %

Quelle est la nature de ces répercussions? Dans quatre cas, pour lesquels nous notons des améliorations, celles-ci correspondent à plus de 40 % des répondants : « Il y a un manque de spécificité dans les mandats de chaque profession » (59 %, -11 %), « Je n'ai pas assez d'échanges avec des collègues de ma profession » (56 %, -5 %), « Je vis des tensions de pouvoir avec d'autres professions » (47 %, -15 %) et « Il n'y a pas de conseiller clinique pour m'aider dans mes difficultés » (45 %, pas de changement réel).

Identifiez ici la nature des aspects liés à votre identité professionnelle qui sont affectés (417 répondants)	Résultats	
Dimensions	tout à fait d'accord/ d'accord (%)	Variation avec 2006 (en %)
Il y a un manque de spécificité dans les mandats de chaque profession	59,0 %	-10,9 %
Je n'ai pas assez d'échanges avec des collègues de ma profession	56,4 %	-5,1 %
Je vis des tensions de pouvoir avec d'autres professions	47,0 %	-15,2 %
Il n'y a pas de conseiller clinique pour m'aider dans mes difficultés	44,8 %	-,7 %
Je manque de clarté personnelle sur mon identité professionnelle	25,4 %	-14,4 %
Je n'ai pas l'occasion d'encadrer des stagiaires	24,5 %	+,8 %
Je vis des conflits avec un supérieur immédiat de profession différente	20,6 %	-7,0 %
Mon titre d'emploi n'est pas approprié	16,8	-2,4 %

Le soutien reçu et disponible

Par la suite, nous nous sommes intéressés aux sources possibles de soutien des répondants en ce qui concerne ce qu'ils vivent dans leur milieu de travail. Nous leur avons successivement proposé les mêmes indicateurs en lien avec une personne en responsabilité (pas nécessairement leur supérieur immédiat, car ce soutien peut aussi être apporté par un adjoint clinique ou un superviseur) dans leur organisation, leurs collègues de travail, leur conjoint ou conjointe et finalement auprès de parents ou ami(e)s.

Les personnes situées à des postes comportant des responsabilités dans l'organisation où ils travaillent constituent la plus faible source de soutien alors que leurs collègues leur apportent presque deux fois davantage de soutien.

Trouvez-vous que l'aide d'un supérieur hiérarchique dans votre organisation sert généralement à... (417 répondants)	Résultats	
Dimensions	assez / très disponible (%)	Variation avec 2006 en %
Vous donner de l'information lorsque vous en avez besoin	35,0 %	-4,3 %
Vous aider à exécuter une tâche difficile	31,7 %	+2,4 %
Vous écouter, vous reconforter lorsque vous éprouvez des difficultés	30,0 %	-,5 %
Reconnaître vos réussites	24,7 %	-2,7 %

Trouvez-vous que l'aide de vos collègues sert généralement à... (417 répondants)	Résultats	
Dimensions	assez / très disponible (%)	Variation avec 2006 (en %)
Vous donner de l'information lorsque vous en avez besoin	73,9 %	+7,7 %
Vous écouter, vous reconforter lorsque vous éprouvez des difficultés	72,4 %	+3,8 %
Vous aider à exécuter une tâche difficile	59,7 %	+2,2 %
Reconnaître vos réussites	42,7 %	-9,2 %

Concernant maintenant le soutien obtenu des relations personnelles, évidemment une bonne partie des travailleurs sociaux ont un conjoint ou une conjointe possédant une expertise différente de la leur ce qui explique un plus faible taux de disponibilité pour leur fournir de l'information pertinente ou pour les aider à compléter une tâche difficile. Par contre, leur capacité de reconnaître leurs réussites est certainement très précieuse, que cela provienne du conjoint ou de la conjointe, de parents ou d'ami(e)s. De la même façon, leur contribution s'avère particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'être écouté et reconforté dans des moments difficiles.

Trouvez-vous que votre conjoint ou conjointe...	Résultats	
	assez / très disponible (%)	Variation avec 2006 (en %)
Reconnaît vos réussites (297 répondants)	82,2 %	-4,1 %
Vous écoute, vous reconforte lorsque vous éprouvez des difficultés (305 répondants)	79,3 %	-1,1 %
Vous donne de l'information lorsque vous en avez besoin (277 répondants)	50,9 %	-4,2 %
Vous aide à exécuter une tâche difficile (265 répondants)	51,3 %	+1,1 %

Par la suite, nous voulions vérifier si un certain nombre de pratiques contribuent à rendre un milieu de travail stimulant comme l'encouragement à prendre des initiatives (44 %, -2 %), l'existence d'une politique pour éviter le harcèlement (41 %, -1 %), une conception partagée du travail entre les intervenants (32 %, -4 %), du soutien à la créativité (30 %, -4 %), des événements destinés à rapprocher le personnel (25 %, +3 %), une préoccupation de l'employeur d'améliorer la qualité de vie de son personnel (21 %) et une possibilité de cheminement de carrière (mobilité et possibilité de promotion) (23 %, +3 %). Il semble que les bonnes pratiques en matière de gestion des ressources humaines, bien que connues, semblent être peu mises en pratique par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et la situation ne tend guère à s'améliorer.

Dans mon milieu de travail, je trouve... (417 répondants)	Résultats	
Dimensions	passablement / énormément (en %)	Variation avec 2006 (en %)
De l'encouragement à prendre des initiatives	43,6 %	-2,4 %
Une politique pour nous éviter le harcèlement	40,5 %	-1,3 %
Une conception du travail partagée entre les intervenants	32,4 %	-3,6 %
Du soutien à ma créativité	30,2 %	-4,0 %
Des événements qui rapprochent le personnel	25,2 %	+3,2 %
Une préoccupation de mon employeur pour améliorer notre qualité de vie	21,1 %	+7 %
Une possibilité de cheminement de carrière (mobilité et possibilité de promotion)	23,5 %	+3,4 %

Quant aux formes possibles de soutien, d'encadrement et de développement du personnel, le bilan est à peine plus nuancé, si nous faisons exception du programme d'aide aux employés, connu de 94 % des répondants (il est possible que les autres personnes ne soient pas suffisamment intégrées pour connaître ce programme). Les moyens habituels de supervision sont partiellement présents : consultation professionnelle occasionnelle (44 %), accès à une expertise au besoin (32 %, -2 %), groupe ou comité de pairs (31 %), supervision professionnelle sur une base régulière (25 %), évaluation annuelle (18 %, +3 %), pairage avec un(e) collègue expérimenté(e) (17 %), regroupement de professionnels par problématique (14 %, -4 %), supervision privée possible sur le temps de travail (13 %) et programme structuré de perfectionnement (sans doute le Programme national de formation, 10 %, +2 %). Il faut noter qu'en moyenne, les 417 répondants ont effectué 4,2 choix (comme en 2006), ce qui signifie que plusieurs formes de soutien existent en parallèle.

Dans le contexte actuel, votre employeur vous offre-t-il? (417 répondants)	Résultats	
Dimensions	% 2007	Variation avec 2006 (en %)
Un programme d'aide aux employés	94,0 %	+1,3 %
De la consultation professionnelle occasionnelle	44,1 %	-1,3 %
Accès à une expertise au besoin (exemple : contentieux)	32,1 %	-1,6 %
Un groupe ou comité de pairs	30,7 %	+1,4 %
Des conditions facilitant votre participation au conseil multidisciplinaire	30,5 %	+1,5 %
Des mécanismes d'information adéquats	26,4 %	+0,8 %
Une supervision professionnelle sur une base régulière	25,4 %	+1,0 %
La participation aux décisions qui déterminent l'organisation du travail	22,3 %	-0,9 %
Des possibilités de mobilité interne	22,1 %	+2,3 %
Un plan de développement des ressources humaines (PDRH)	17,8 %	-1,1 %
Une évaluation annuelle	17,8 %	+2,6 %
Un pairage avec un(e) collègue expérimenté(e)	16,6 %	-0,2 %
Un regroupement de professionnels par problématique	14,2 %	-4,1 %
Une supervision privée possible sur le temps de travail	12,7 %	+0,2 %
Un programme structuré de perfectionnement	9,6 %	+2,0 %

Question classique pour connaître le niveau d'implication des répondants dans leur milieu de travail et les alternatives qui se présentent à eux. Si nous constatons moins de désir de partir de l'organisation, ceci est contrebalancé par la montée du souhait de réorienter sa carrière ou de passer à la pratique privée. La désirabilité du réseau public ne progresse pas.

Si vous aviez le choix de travailler dans un autre établissement en conservant votre ancienneté et votre niveau de rémunération, préféreriez-vous... (417 répondants)	Résultats	
	% 2007	Variation avec 2006 (en %)
Rester là	52,5 %	-,5 %
Partir	22,8 %	-3,4 %
Réorienter ma carrière	13,0 %	+2,0 %
Passer à la pratique autonome	11,7 %	+1,9 %

Cela n'empêche pas 59 % des répondants d'être satisfaits de leur travail avec la clientèle et 10 % d'en être très satisfaits. Inversement, 27 % se disent insatisfaits et 4 % très insatisfaits. Globalement, la satisfaction au travail a baissé de 2,6 % en un an, ce qui est une évolution significative. Il faudra vérifier si cette tendance se maintient en 2008.

Globalement, diriez-vous que vous êtes satisfait(e) de votre travail? (417 répondants)	Résultats	
	% 2007	Variation avec 2006 (en %)
Échelle		
Satisfait	59,0 %	-,1 %
Insatisfait	27,3 %	+3,2 %
Très satisfait	10,0 %	-2,5 %
Très insatisfait	3,6 %	-,7 %

Comme l'une des structures qui permet l'affirmation des intervenants professionnels est le Conseil multidisciplinaire, nous avons voulu savoir si celle-ci fonctionnait bien. Voici ce que nous disent nos 417 répondants :

Nous aimerions savoir si le Conseil multidisciplinaire de votre organisation...	%
Fonctionne assez bien	57,4 %
Ne fonctionne pas	30,4 %
Fonctionne assez bien et soutient un comité de pairs constitués d'intervenants sociaux	44 %

Total	100 %
-------	-------

2. L'expression de leur vécu quant aux aspects clés

Nous souhaitions prendre le pouls des répondants sur trois aspects qui nous apparaissaient essentielles en 2007 dans le cadre de la réforme du réseau. Un questionnaire préalable porte sur « la forme de soutien la plus utile que [leur] organisation pourrait [leur] apporter au cours de la prochaine année pour [les] aider à bien accomplir [leur] travail ». Il était suivi d'un appel à leur propre contribution (« Quelle serait la forme de soutien que vous pourriez vous donner? ») et finalement d'une occasion d'exprimer au bénéfice de tous des exemples dont on pourrait s'inspirer (« Y a-t-il des initiatives intéressantes (« bon coups ») qui se déroulent dans votre organisation et dont vos collègues pourraient s'inspirer? »).

Notre approche se voulait constructive. Le résultat est d'autant plus révélateur puisque, comme on le constatera, la réforme en cours est plutôt mal perçue et provoque maintes réactions de repli.

2.1 La contribution attendue de leur organisation

Certains éléments exprimés ici reprennent des demandes déjà formulées l'an dernier ou encore des attentes traditionnelles des professionnels travaillant dans des organisations publiques offrant des services à la population. Nous avons comptabilisé 626 commentaires différents exprimés par 358 répondants (moyenne de 1,7 commentaires). Ceux-ci peuvent être regroupés en deux grandes dimensions : gestion du réseau (380 avis ou 60,7 % des commentaires) et développement professionnel (246 avis, 39,3 %).

Voici tout d'abord les catégories qui ressortent de l'analyse des avis exprimés par les 358 travailleurs sociaux en lien avec **la gestion du réseau des CSSS** où ils sont en emploi.

Thèmes	Nombre de commentaires	% de l'ensemble des commentaires
Gestion de l'organisation	152	24,2 %
Encadrement administratif et clinique	76	12,1 %
Charge de travail	46	7,2 %
Ressources matérielles et physiques	36	5,7 %

Reconnaissance	28	4,4 %
Climat de travail	22	3,5 %
Consultation	20	3,1 %

En ce qui concerne la deuxième dimension, soit **le développement professionnel**, il y a beaucoup moins d'aspects abordés, mais les trois premiers comptent pour près de 40 % des attentes exprimées.

Thèmes	Nombre de commentaires	% de l'ensemble des commentaires
Soutien et supervision	116	18,4 %
Formation	85	13,5 %
Échanges cliniques	40	6,3 %
Stagiaires	5	,7 %

2.1.1 La gestion du réseau des CSSS

La première préoccupation exprimée par les répondants porte sur la gestion même de l'organisation qui les emploie (152 commentaires). Comme l'an dernier, la gestion du changement constitue l'aspect qui s'avère le plus problématique du point de vue du personnel. À cet égard, le personnel déplore à la fois le manque d'information sur les orientations, les imprécisions du projet clinique (souhait de disposer d'une programmation claire et cohérente) et le manque de transparence de leurs dirigeants sur les changements à venir ce qui les laisse dans « le vague, ...depuis plus de deux ans ». Apprenant parfois les changements à venir chez eux par des partenaires extérieurs, ils ont l'impression de subir les changements sans préparation et surtout sans consultation.

Or, ces changements que certains voient comme un plus pour la clientèle (actualisation du guichet unique) ne sont pas sans provoquer de nombreuses tensions contre-productives au sein des équipes ou entre les services. Le besoin de coordination interne apparaît paradoxalement accru depuis la fusion tout comme les efforts pour préciser les rôles et mandats ainsi que les ressources humaines affectées aux nouvelles tâches. Cela se traduit également par des difficultés accrues dans les relations entre la nouvelle organisation CSSS

et les partenaires de ses anciennes composantes : les partenariats qui fonctionnaient bien s'estompent. On craint de part et d'autre des replis qui questionnent les anciennes responsabilités partagées (DPJ/CJ, écoles, DI et DP, etc.). Les arrimages devront être refaits.

Bien que nous parlions ici de gestion de l'organisation, la souffrance pointe déjà à travers des témoignages sur ce qui est vécu par de nombreux répondants. En voici un échantillon :

- « Depuis la fusion nous attendons de savoir qui sera notre nouveau cadre. Avec notre ancien cadre nous entendions parler des plans d'organisation qui ne se sont jamais actualisés et maintenant que notre cadre a quitté, nous sommes en attente, sans aucune information. De plus, nous sommes situés dans un point de service, nous ne sommes pas physiquement avec le reste du CLSC, nous sommes une quinzaine d'employés totalement laissés pour compte. »
- « Attentes : des supérieurs moins bouleversés eux-mêmes par les transformations et moins surchargés. Des directives claires quant aux changements encore à venir et enfin des cadres en possession de leurs dossiers, alors qu'ils sont presque tous des nouveaux cadres, en train d'intégrer en même temps qu'ils doivent opérer et actualiser une réforme. Autrement dit, peu de personnes savent où on s'en va! »
- « Un soutien à la promotion de l'autonomie professionnelle et non à l'obsession de mise en place de protocoles/modèles médicaux qui ne sont que contrôles et contraintes mais décrits comme de la rigueur. »
- « Il y a beaucoup d'incertitude quant aux changements de structures et la transformation des postes et des tâches, donc peu de dégagement d'esprit et de temps pour se mobiliser vers des projets collectifs, et absence totale de leadership. »
- « Mission CLSC : Faire en sorte de mettre en évidence que la structuration des services par programme, qui est une grande opération de classification des problèmes (portés pas des personnes/clients qui sont un tout) sous des vocables qui permettent à des gestionnaires de se décharger de certaines responsabilités envers la clientèle, sous prétexte que la clientèle tombe sous une définition qui ne relève pas deux. Il y a des

clients qui se retrouvent entre deux programmes (lire entre deux chaises), et par manque de ressources, cela ne se règle pas. »

L'information est le deuxième aspect soulevé en réaction à la gestion de l'organisation. On souhaite une meilleure transmission de l'information interne (difficile de savoir ce qui se passe dans les autres programmes) par les gestionnaires, en particulier sur les changements et le projet clinique.

La gestion des ressources humaines génère plusieurs demandes sur la clarification du rôle et des tâches dans le cadre de la nouvelle orientation, la conciliation travail/famille (en particulier pour ceux qui ne détiennent pas de poste et qui vivent des changements d'assignation aux trois à six mois, mais également l'horaire flexible pour les plus anciens), une gestion des ressources humaines plus soutenue (évaluation, formation, gestion des conflits, mobilité, mécanisme pour prévenir le harcèlement). La réalité des jeunes travailleurs sociaux ressemble à ce témoignage : « Je dois occuper deux contrats pour avoir du temps plein et il est défini comme suit : 2 jours au maintien à domicile, 1 journée avec des personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants, 1 journée pour les troubles transitoires et 1 journée en déficience intellectuelle. Je me sens très éparpillé et incapable de maîtriser ces secteurs. J'ai environ 70 dossiers. »

Le style de gestion est aussi pointé du doigt. On souhaite une attitude d'ouverture de la direction avec « une gestion qui sait où elle s'en va » et des actions démontrant de la cohérence avec ce qui est prôné ainsi que des objectifs de performance réalistes. Au fond, plus de proposition de solutions qui auront de l'impact sur les problèmes de fond et un environnement facilitant les projets et la créativité c'est-à-dire une meilleure utilisation des expertises. Inversement, moins d'information « biaisée », « une gestion moins ancienne et hiérarchisée », éviter que « la gestion se suffise à elle-même et devient sa propre raison d'exister. Ce qui a pour effet, d'invalider et de nuire au sentiment d'appartenance. »

L'encadrement administratif et clinique suscite 76 commentaires. Bon nombre des répondants insistent sur l'importance de pouvoir disposer d'un conseiller clinique ou coordonnateur professionnel. Mais, l'encadrement général offert et – surtout celui qui n'est pas offert – par les CSSS suscite le plus de réactions. Le personnel souhaite une plus grande

présence et disponibilité des cadres (« surchargés par une multitude de comités et de rapports à produire, ce qui leur enlève du temps pour les problèmes quotidiens et les irritants mineurs, qui finissent par devenir majeurs »; « plusieurs postes de gestionnaires sont encore vacants et les rôles de chacun sont encore à définir dans la direction de laquelle je relève. Le soutien le plus utile dans les prochains mois serait de pouvoir à nouveau compter sur une équipe de gestion stable »; « régler le problème d'éparpillement des cadres qui se déplacent entre plusieurs sites de CLSC du CSSS qui fait en sorte qu'il est beaucoup plus difficile d'avoir accès au cadre au moment où nous le souhaitons »). Plusieurs répondants sont sans gestionnaire responsable depuis des mois alors que d'autres connaissent des changements constants. Certains cadres connaissent à peu près rien de la réalité qu'ils doivent encadrer et évidemment de nombreuses travailleuses sociales réclament un supérieur immédiat de la même profession (« je m'inquiète du fait que la formation des gestionnaires est en général du domaine de la santé. Il y a très peu de gestionnaires de formation sociale et cela affecte, selon moi, le mode relationnel de nos systèmes »). Un gestionnaire qui a des qualités de rassembleur, assez disponible, capable d'écoute sera le bienvenu.

Au plan de l'encadrement clinique, le désir le plus fréquemment exprimé est d'avoir un conseiller clinique compétent au plan psychosocial dans tous les départements afin d'offrir un soutien clinique accru et des balises pour les charges de cas, avec accès à de la consultation clinique (particulièrement nécessaire lorsque « le supérieur immédiat est une infirmière et qu'il n'y a aucun poste de consultant clinique en service social à l'hôpital où je travaille ») et présence d'un conseiller clinique pour aborder des dilemmes éthiques.

La charge de travail préoccupe 46 répondants. La réforme semble se traduire par une surcharge de travail pour plusieurs parce qu'on ne voudrait plus avoir de liste d'attente (« Actuellement 70 dossiers par travailleur social »; « la charge de travail est également en constante progression et les commandes de plus en plus exigeantes »; « diminuer la charge de cas de 146 à 75 dossiers »; « diminuer mon "case load", présentement je suis responsable de 48 dossiers et je travaille 3 jours par semaine ». Cela explique les demandes de statuer sur ce qui constitue une charge de cas dite normale. Conséquemment, cela se traduit par une demande pour l'embauche de personnel supplémentaire afin de réduire les

charges de cas et ainsi donner des meilleurs services psychosociaux à un plus grand nombre d'individus dans le besoin. Dans certains services, les listes d'attentes sont très longues (environ six mois pour un suivi). Il n'y a pas non plus un nombre suffisant d'employés sur la liste de rappel pour remplacer les absences ou permettre de prendre des vacances (« Nous devons assumer nos remplacements de vacances entre nous. Nous ne pouvons pas avoir de liste d'attente, nous devons parfois finir de travailler aux petites heures du matin (déjà fini à 5 h 30) alors que je finis normalement à 22 h, lorsque je suis de garde. Nous, à 4 ½ ARH, assurer les gardes de 15 h à 22 h, 365 jours par année, sans aucune forme de compensation monétaire ou autre pour les jours fériés où tous les jours que nous remplaçons des collègues... pendant nos jours de congés... »).

Comme l'an dernier, les ressources physiques et matérielles déficientes tendent à devenir des irritants majeurs et suscitent 36 commentaires. Le principal objet des réactions, ce sont les locaux inadéquats du point de vue des répondants, tant les bureaux de travail (« Un bureau pouvant respecter la confidentialité et être fonctionnel même si nous devons le partager avec un autre professionnel que les locaux de consultation »; « Je partage un local avec 3 autres personnes. D'autres sont dans un grand local avec des paravents. On nous dit que pour nos interventions plus confidentielles, nous pouvons avoir accès à un bureau polyvalent que nous pouvons réserver. Évidemment, il arrive très souvent qu'il n'est pas disponible »; « Un local seul et non à deux ou trois intervenants. J'éprouve beaucoup de difficultés à me concentrer dans le tapage actuel »). On nous signale aussi des problèmes de qualité de l'air, de climatisation, de propreté. L'autre aspect irritant c'est l'accès restreint à l'informatique, les équipements en nombre insuffisant et peu rapides qui freinent leur utilisation.

La reconnaissance fait l'objet de 28 commentaires dont le plus grand nombre concerne la reconnaissance comme travailleuse sociale et de leur apport dans les équipes multidisciplinaires, ainsi que leur titre d'emploi (plutôt que celui d'ARH). Mais la valorisation de leur apport comme employé est également impérative (« reconnaître l'expertise »; « reconnaissance sentie du travail de qualité »; « avoir des évaluations et rétroaction sur nos tâches effectuées »; « intérêt à connaître mes défis, mes intérêts de

développement professionnels, mes motivations et mes besoins spécifiques au plan éthique »).

Le climat de travail suscite 22 commentaires dont la grande majorité portent sur l'existence de conflits de valeurs avec l'orientation de l'organisation et la perception d'une détérioration des conditions de pratique provoquée par la réforme, dont voici un bon échantillon :

- « J'ai quitté le CLSC en janvier 2006 car suite à la fusion, la nouvelle administration a aboli les programmes en cours (psychosocial, santé mentale et longue durée) pour distribuer les clients au fur et à mesure des demandes (abolition de la liste d'attente) et ceci sans regard des besoins des clients ni de la formation des employés. Je suis à contrat au CLSC [...] depuis et j'espère une embauche. »

- « En ce qui me concerne peu de chose je serai à la retraite bientôt, non pas parce que je veux cesser de travailler mais je ne suis plus intéressée à poursuivre dans le contexte actuel de non reconnaissance de l'expertise. Pour les nouvelles employées, il est impératif de réinstaurer la supervision professionnelle. »

- « Depuis deux ans, il y a eu beaucoup de bouleversements dans l'organisation et la charge de travail; horaire de travail sur sept jours, horaire journalier fixe c'est-à-dire 8 h 30-16 h 30 sans tenir compte de la conciliation famille/travail, augmentation de la charge de cas de 40 à 50 dossiers plus les dossiers d'aide au bain, contexte de surpopulation des locaux, etc. La gestion est rigide et laisse peu de place aux initiatives. Ces changements ont un impact et diminuent de manière significative l'autonomie professionnelle, la motivation voire le sens même de la profession. Le soutien souhaité et l'humanisation de nos organisations, plus de place aux initiatives et au développement visant la réponse aux besoins des usagers (exemple : faire du groupe). »

- « Cela fait bientôt quatre ans que nous sommes en restructuration, les projets cliniques sont en préparation, en mouvance. J'ai changé deux fois de supérieur immédiat, notre directrice s'en va cet été, ... Il y a une distorsion entre le discours et la réalité. Je ne crois pas que cela se passe seulement dans mon réseau. »

- « À part la boîte où je travaille, je suis toujours en amour avec ma profession après 20 ans, et j'adore ce que je fais. »
- « Il ne s'agit pas pour moi d'une question de soutien; j'attends très peu de mon organisation. Le principal problème est dans la structure trop grande, trop hiérarchisée ».
- « La logique gestionnaire prend toute la place et me rend très pessimiste par rapport à mon avenir comme travailleuse sociale. Je ne quitterai pas mon établissement, mais je commence à penser à la retraite, ce qui n'était pas dans mes pensées il y a un an. »

D'autres soulignent l'existence de conflits non gérés et de situations de harcèlement dans certaines équipes qui créent un climat malsain et un clivage entre les employés.

Le dernier élément qui apparaît est la demande répétée pour être consultés, exprimée ici par 20 commentaires. « On souhaite un meilleur processus de consultation sur l'organisation du travail, lors des décisions relatives de changements à notre titre d'emploi, sur les procédures d'accès aux services avant d'effectuer des transformations, sur les besoins spécifiques de la clientèle et des besoins du personnel en lien avec les nouvelles orientations. Bref, être réellement à l'écoute du personnel, les inclure dans le processus de changement, tenir compte de leurs points de vue et de leur expertise. Cela permettrait de favoriser l'implication du personnel, souhaitée par bon nombre d'employés. »

2.1.2 Le développement professionnel

La deuxième dimension abordée dans les attentes à l'égard de ce qui pourrait être amélioré est le **développement professionnel**, qui compte pour près de 40 % des attentes exprimées (246 commentaires) : soutien et supervision, formation, échanges cliniques et accueil de stagiaires constituent des éléments qui se tiennent ensemble et renforcent le développement des pratiques professionnelles.

Comme l'an dernier, la plus grande préoccupation porte sur l'assurance d'une supervision clinique ou professionnelle régulière (« du support clinique car présentement il est absent. Je n'ai aucune supervision. Je vis beaucoup de solitude et de stress au niveau professionnel »), qu'elle soit individuelle, de groupe, d'équipe ou adaptée (au contexte de pratique de chaque programme et aux services donnés à la clientèle; « offrir du soutien aux professionnels en difficultés »; « favoriser un programme de supervision pour les seniors et

reconnaître nos expertises ». Parmi les modalités appréciées mentionnons l'étude et la discussion de cas, l'utilisation du mentorat, de véritables mesures de soutien aux nouveaux employés possédant une expérience limitée au niveau de l'intervention, les groupes de codéveloppement, l'évaluation régulière et du feedback par supervision mensuelle sur travail accompli, la possibilité d'une supervision privée ou d'un superviseur externe au CSSS. Évidemment, on favorise l'encadrement des travailleurs sociaux par un cadre et un superviseur ayant la même formation/profession.

Au niveau de la gestion de cet encadrement clinique, les conseillers cliniques, soulignent l'absence de partage avec leurs pairs de leurs connaissances et l'existence de déséquilibre social/santé (« Je suis conseiller clinique et je suis seul au niveau des pratiques professionnelles alors que pour les soins infirmiers, ils sont 8 conseillers. Je trouve qu'avec la fusion, la santé et l'hôpital prennent beaucoup de place et le social passe en dernier. Ça prend beaucoup de temps pour définir mes tâches et fonctions. C'est très démotivant. »).

L'autre aspect majeur, c'est l'insistance pour l'accès à de la formation continue (85 commentaires) notamment aux formations à l'extérieur (« de les reconnaître comme étant du temps de travail »; « l'accessibilité aux formations pour les temps partiels occasionnels »; « De la formation, qui n'est pas disponible faute de budget depuis plusieurs mois »; « Proposer une structure de formation selon les problématiques courantes vécues par les intervenants et selon les besoins des équipes et appropriés à leur réalité : les équipes de l'accueil ne vivent pas les mêmes difficultés que les intervenants au psychosocial »; « accès aux formations spécialisées offertes par l'OPTSQ »).

L'amélioration des échanges cliniques préoccupe une quarantaine de répondants. Ils soulignent l'importance de disposer d'un lieu de partage sur la pratique entre pairs (réunions cliniques structurées et obligatoires pour discussion de cas, comité clinique sur problématiques particulières, groupe de formation entre pairs, réunions hebdomadaires multidisciplinaires, développer les comités de pairs, activités ou regroupements professionnels réguliers selon le milieu de pratique). À cela pourrait s'ajouter le pairage ou le mentorat avec des professionnels très expérimentés ou encore la rédaction d'un cadre de référence des pratiques professionnelles recommandées.

Enfin, quelques répondants souhaiteraient des conditions facilitant l'accueil de stagiaires alors que trois personnes expriment qu'elles sont satisfaites de ce qui est actuellement offert par leur CSSS.

2.2 La forme de soutien que les travailleurs sociaux pourraient se donner

« Quelle serait la forme de soutien que vous pourriez vous donner? » a donné lieu à la formulation de 433 réponses par 335 personnes (moyenne de 1,3 par personne). Deux sujets majeurs font l'objet de réactions : des modifications à leurs attitudes et valeurs personnelles (58 %) et l'accentuation des échanges professionnels (24 %).

Thèmes	Nombre de commentaires	% de l'ensemble des commentaires
Attitudes et valeurs personnelles	206	57,7 %
Échanges professionnels	105	24,2 %
Formation et mise à jour des connaissances	48	11,0 %
Supervision	26	6,0 %
Lecture	18	4,1 %
Changer de milieu/pratique privée	11	2,5 %
Ne savent pas	8	1,8 %
Aide	7	1,6 %
OPTSQ	4	0,9 %

2.2.1 Attitudes et valeurs personnelles

Les travailleurs sociaux reconnaissent que, dans les circonstances, elles peuvent **choisir de modifier leurs attitudes ou défendre leurs valeurs personnelles**. Cela les conduit à formuler un certain nombre de stratégies possibles au niveau des attitudes et des valeurs personnelles :

- Contribuer (à leur façon, c'est-à-dire pas nécessairement dans le sens souhaité par les orientations du ministère et de la direction de leur organisation, mais davantage en fonction de leur rôle professionnel et de leurs valeurs) à l'organisation et aux services à la clientèle (80 opinions exprimées);

- Gérer sa tâche et son temps de travail pour être efficace mais aussi mettre ses limites (34 commentaires);
- Retrait : ne croient plus à la réforme ou au mode de gestion du réseau, préfèrent se protéger (29);
- Recherche de détente et de bonnes habitudes de vie (24);
- Choisisent d'investir dans se développer, comme professionnels (12) ou avec les collègues (11);
- Affirmer ses valeurs personnelles (11);
- Développer des activités sociales avec des collègues (3);
- Se donner de la reconnaissance (3);
- Demander de l'aide (1).

Cette nomenclature est intéressante parce qu'elle montre le dilemme qui traverse actuellement la profession : s'affirmer pleinement ou simplement choisir de survivre. Cela traduit également l'état du climat introduit par la réforme qui réduit progressivement l'engagement dynamique des travailleuses sociales.

Parmi les personnes qui formulent des commentaires axés sur une forme de contribution, il existe différentes tendances. Ainsi, pour certains, **la participation** demeure possible (« participer à quelques chantiers dans le projet clinique »; « participer à des projets qui m'inspirent »; « participer activement aux rencontres administratives afin d'avoir plus de pouvoir sur les changements en cours même si cela est très difficile étant donné que nous sommes peu consultés par la direction générale »; « participer activement aux rencontres administratives afin d'avoir plus de pouvoir sur les changements en cours même si cela est très difficile étant donné que nous sommes peu consultés par la direction générale »). Mais attention : ces investissements doivent respecter les principes des travailleurs sociaux et répondre à leurs besoins ou à ceux de leur clientèle (« faire valoir les valeurs du travail social auprès de la direction, valoriser le travail réalisé, l'engagement des intervenants face à la clientèle »; « développer des alliances, du soutien avec des pairs et des intervenants »;

« contribuer par mon expérience à bien évaluer les besoins du milieu et la distribution de services la plus appropriée ») mais il y a aussi un courant nettement plus affirmatif/agressif (« savoir dire non, à l'occasion »; « signifier davantage mes inconforts »; « apprendre à mettre mes limites et à les exprimer afin qu'on les respecte »; « nommer ce qui ne va pas »; « s'encourager à ne pas dépasser nos limites »). Bref, on approche du point de rupture des intervenants sociaux avec ce qui est imposé.

Cela se reflète tout à fait dans l'importance que prend dorénavant la dimension **gérer son temps/gérer sa tâche**. Contrairement à la tradition quelque peu « missionnaire » du service social qui « pouvait donner sans compter », le climat est à la gestion efficace du temps de travail et des pauses. Le réseau y perdra un certain pourcentage d'heures traditionnellement travaillées et non rémunérées. Mais cette tendance de repli sur la règle n'a pas encore fini de se manifester et pourrait réduire davantage l'offre de services dans les prochains mois quand les changements à venir seront introduits si les travailleurs sociaux ne s'y retrouvent pas.

La **stratégie de retrait**, plus large (utilisation des possibilités de traitements différés, des journées de congé, du temps partiel, de la retraite prématurée, etc.) exprime le désengagement croissant d'un bon nombre de professionnels, pas exclusivement des travailleurs sociaux, face à la réforme actuelle : « Planifier des traitements différés aux 3 ans »; « ma capacité d'adaptation a été mise à l'épreuve fréquemment dans ces dernières années. Changement d'équipe de travail, de clientèle, de lieu physique et de collègues. Assez c'est assez. Je veux un peu de calme! »; « nous avons tenté verbalement et par écrit de conscientiser notre employeur, mais aucun changement n'a été effectué. Les changements exigés doivent se faire dans des délais irréalistes et nous subissons les effets de l'improvisation. »

D'autres optent sagement pour le développement **d'activités de détente et de bonnes habitudes de vie** : yoga, natation, prendre des vacances, éviter de penser au travail durant leur temps libre, maintenir un meilleur équilibre travail/famille, voir des amis, se ressourcer, s'entourer de gens positifs, etc. S'impliquer dans des activités sociales avec les collègues rejoint cette perspective.

Se développer (se former davantage, lire, s'offrir de la supervision, etc.) ou investir ses efforts avec des collègues de même profession ou d'une équipe multidisciplinaire constituent deux autres stratégies possibles, tout comme l'affirmation des valeurs personnelles et professionnelles en lien avec l'importance de bien répondre aux besoins de la clientèle.

2.2.1 Échanges professionnels

La deuxième forme de soutien que les travailleuses sociales peuvent se donner, soulignée par plus de 100 répondants, ce sont **les échanges professionnels**. Qu'il s'agisse de discussions cliniques entre professionnels expérimentés (partage d'outils, discussion sur l'accueil des demandes, solutions possibles pour des cas complexes, etc.), de partage de leur expérience avec les plus jeunes praticiens et les stagiaires en formation, de participation aux comités de pairs du conseil multidisciplinaire, de réunions hebdomadaires de l'équipe de travail ou de comités cliniques, de groupes de co-développement, les formules abondent. Même si on ne se leurre pas sur les limites inhérentes à cette forme de soutien : « la réflexion entre pairs et avec d'autres professions est une des formes de soutien pertinentes à l'heure actuelle. L'implication et la prise de parole par les t.s. dans les débats qui ont entouré la nouvelle mission des CLSC a permis de contrer une certaine impuissance. Bien que les structures pour le faire (exemple : comité de travail, conseil multidisciplinaire) nous ont démontré qu'il y avait peu de place pour une réflexion en profondeur sur notre pratique, les organisations étant trop prises à répondre à des exigences administratives dictées par le ministère dans un contexte de compressions budgétaires ».

- **La formation et la mise à jour des connaissances** constituent la troisième forme de soutien que les travailleurs sociaux disent pouvoir se donner. Formation académique (maîtrise ou certificat spécialisé), continue (offerte par l'OPTSQ) ou privée (approche systémique, etc.), elles disent néanmoins le faire à leurs frais la plupart du temps parce que leur employeur a coupé considérablement dans son offre de formation depuis plusieurs années, ce qu'elles déplorent évidemment. La lecture s'inscrit en complément de cette formation et permet une mise à jour des connaissances.

- **La supervision** constitue la quatrième possibilité de soutien, qu'il s'agisse de s'offrir de la supervision en privée ou entre collègues, ou encore s'investir comme superviseur de stagiaires. L'intégration de formes d'encadrement clinique dans la pratique constitue un leitmotiv constant des travailleurs sociaux. Et souvent c'est ici aussi pour pallier aux faiblesses de fonctionnement de leur organisation : « Mes collègues et moi avons entrepris de faire une supervision des pairs puisque nous n'avons aucune supervision clinique. Nous nous rencontrons toutes les deux semaines, Ceci est utile pour les membres de notre équipe qui ont moins d'expérience avec notre clientèle ».
- Pour un certain nombre de répondants, **changer de milieu ou passer à la pratique privée** (à temps partiel ou à temps plein) plus gratifiante exprime leur désir de quitter le réseau : « Il est extrêmement difficile de conserver une bonne motivation au travail dans une organisation qui exige beaucoup de nous sans nous offrir le support nécessaire à l'accomplissement des tâches. Je fais actuellement le bilan de mes acquis et compétences et je m'informe sur les possibilités d'orienter ma carrière autrement. »
- Enfin, d'autres font appel au **programme d'aide aux employés** (PAE) pour « ventiler » sur les difficultés vécues, souhaitent un **OPTSQ** plus pro-actif pour contrer la médicalisation des interventions psychosociales ou **ne savent** carrément **pas** ce qu'ils pourraient faire pour mieux soutenir leur pratique.

2.3 Y a-t-il des initiatives intéressantes dont on pourrait s'inspirer?

Nous avons finalement posé la question « Y a-t-il des initiatives intéressantes qui se déroulent dans votre organisation et dont vos collègues pourraient s'inspirer? ». Cette interrogation a donné lieu à la formulation de 278 réponses par autant de personnes. Comme on le constate aisément, la question qui visait à faire émerger des pratiques stimulantes aura effectivement permis de mieux cerner les éléments qui semblent encourager les travailleurs sociaux en améliorant leur environnement de travail, ainsi que les attitudes et initiatives des directions d'établissement qui rencontrent une partie ou l'ensemble de leurs attentes. Par ailleurs, c'est pour le tiers des répondants une nouvelle

occasion d'affirmer qu'ils ne voient pas d'initiatives intéressantes ou qu'au contraire ils assistent à une détérioration de la situation.

Comme cette dernière question permet de mieux saisir les bonnes pratiques souhaitées par les travailleurs sociaux, et nous croyons que le point de vue de leurs collègues des autres professions ne serait pas sensiblement différent, nous donnerons ici beaucoup plus de détails en recourant à des citations au besoin.

Thèmes	Nombre de commentaires	% de l'ensemble des commentaires
Initiatives de travailleuses sociales	136	48,9 %
Perception négatives et ne voient pas d'initiatives intéressantes	91	32,7 %
Attitudes et initiatives de la direction	49	17,6 %
Tout va bien	2	0,8 %

2.3.1 Initiatives de travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux soulignent en grand nombre **des initiatives qu'ils prennent**. Celles-ci sont d'abord orientées vers la profession (67 témoignages), puis vers des pratiques reposant sur la collaboration interprofessionnelle (29 témoignages), le développement de programmes pour répondre le mieux possible aux besoins de la clientèle (26 témoignages) et favoriser la socialisation entre collègues de travail (14 témoignages).

- Nous examinerons donc d'abord *les initiatives orientées vers le développement de la profession* : celles-ci prennent différentes formes comme la valorisation de la profession et des services qu'elle rend à la population, la mise en place de formes de supervision et de réunions cliniques, la création d'un comité de pairs, l'entraide entre collègues et l'affirmation de leur passion.

Les travailleurs sociaux commencent par affirmer positivement leur appartenance professionnelle en faisant « connaître nos services [...] ». Les gens commencent à avoir une idée du travail que l'on fait »; cela passe également par l'organisation d'une semaine du travail social pour sensibiliser leurs collègues des autres professions à leur rôle ou encore « un gala pour rendre visible les innovations professionnelles ».

D'autres insistent sur des formules de « co-supervisions professionnelles formelles et autorisées entre pairs », des supervisions de groupe utilisant « les forces des intervenants seniors de l'établissement pour améliorer les pratiques ». Ailleurs, c'est la réunion clinique mensuelle qui est utilisée où « notre équipe fait ce qu'on appelle un journal club. C'est-à-dire qu'un membre de l'équipe ou un invité fait une présentation sur un sujet en

lien avec notre pratique. C'est une forme de formation continue que s'impose notre équipe et c'est très enrichissant! ». Dans le quotidien, une autre équipe fait « une brève rencontre de tous les intervenants sociaux le matin pour s'informer et équilibrer le fardeau de tâche et nous transmettre les informations pertinentes ». D'autres rapportent des expériences de co-développement, de discussions cliniques aux 15 jours ou de rencontres informelles, un tableau d'affichage qui indique à chaque jour si un intervenant « déborde et à besoin d'aide ».

S'auto-organiser signifie également utiliser la structure prévue par la loi, soit le comité de pairs relevant du conseil multidisciplinaire. Dans un cas, celui-ci existe depuis dix ans alors que pour d'autres cela est beaucoup plus récent. Les travaux de ces comités permettent de renforcer les approches d'intervention, de préciser leur philosophie d'intervention, d'évaluer la charge de travail, de mettre en commun leur expertise, d'élaborer un cadre de référence (plusieurs exemples).

La « disponibilité des aînés professionnels pour aider, offrir un support à ceux qui en ont besoin » est soulignée. Cela contribue à créer un bon esprit d'équipe, à développer la solidarité entre collègues, à faciliter l'écoute et le développement de pratiques de soutien. Si le vécu peut être « exceptionnel » dans un CLSC, « le fait d'être une équipe CSSS augmente le nombre de travailleuses sociales en nous donnant plus de pouvoir au niveau de la représentation », écrit une répondante.

Cette passion qui les anime pour le travail social passe aussi par l'affichage des succès et des mots de remerciement de la clientèle, la mise à l'agenda des réunions d'un point intitulé « Bons coups » ou encore une semaine consacrée à les souligner. Chaque personne profite de cette période pour souligner un bon coup à un ou une collègue. L'utilisation assidue du plan d'intervention assure à un gestionnaire de cas que sa contribution est bien connue de ses collègues. Dans un autre établissement, « lorsqu'un nouvel intervenant arrive, nous créons un horaire où chaque travailleur social de l'équipe lui transmet ses connaissances et l'accompagne pour une demie journée ou une journée complète ». C'est ce qui explique le fait que les répondants les plus motivés tentent « de s'investir dans des activités qui font sens pour eux afin de maintenir leur motivation au travail : conseil multidisciplinaire, comité de pairs, formation, poursuite de projets... ».

- D'autres initiatives, moins nombreuses mais également importantes visent *des pratiques favorisant la collaboration interprofessionnelle* : « Les réunions d'équipe interdisciplinaire [...] sont rendues monnaie courante et cela est très enrichissant pour tous les intervenants qui y participent ». Dans un autre témoignage, on cite le fait que l'équipe « a pu profiter de l'expertise d'un coach professionnel (projet Santé Canada piloté par l'Université Laval). Le travail d'équipe s'apprend et nous en tirons de grands avantages comme professionnels. On nous a enseigné à faire des discussions de cas qui nous amènent à élaborer des plans d'intervention consensuels dans lesquels chacun est reconnu dans sa spécificité. Ces façons de faire sont efficaces et stimulantes. » Il ne manque pas d'occasions pour s'assurer que le travail interdisciplinaire soit vraiment bien intégré et que les initiatives des intervenants contribuent à améliorer l'esprit d'équipe. La recette est connue : « réunions cliniques hebdomadaires, guichet d'accès, communication, soutien, écoute, conseils et soutien de la part de l'équipe, ouverture de la part de ma cheffe de programme... »; faute de supervision, certains équipiers se réunissent « une fois par semaine, ce qui permet de faire des échanges cliniques et obtenir du soutien professionnel et personnel pour les situations plus difficiles ». Pour d'autres, participer au conseil d'administration, au conseil multidisciplinaire, aux « midi clinique » ou au journal du conseil multidisciplinaire leur permet de se réaliser.
- Troisième type d'initiatives, *le développement de programmes* pour mieux répondre aux besoins de la clientèle : plus spécifique, cette approche permet de lier le développement professionnel et la motivation à la réalisation d'initiatives ressourçantes en lien avec une clientèle comme « le programme Zippy dans les écoles primaires », un « groupe de parents d'adolescents (12-17) », une cuisine collective, une clinique du diabète, des pratiques de pointe, la recherche en partenariat et le transfert de connaissances, etc. Au fond, les travailleuses sociales adorent les formes de travail sur le terrain qui mettent en valeur leur capacité d'entrer en relation avec des personnes vulnérables et leur permettent de se centrer sur la clientèle et ses besoins autant que sur leur mission. Ce contexte leur permet de développer des partenariats féconds et de mettre sur pied des ressources essentielles pour améliorer la qualité de vie des milieux avec lesquels elles travaillent.

- Enfin, le quatrième type d'initiatives souligné par les travailleurs sociaux sont celles qui favorisent *la socialisation entre collègues de travail* : que cela se traduise par l'organisation d'un club social (qui « organise des activités sur les heures de dîner et des 5 à 7 », en dehors des heures de travail, des « dîners-partage, des sorties ou activités avec ou sans nos familles et conjoint pour garder le moral des troupes », par le fait de souligner les anniversaires de chacun en planifiant un repas par mois ou encore par d'autres activités comme un « comité vert » pour les questions environnementales, un engagement syndical ou des activités entre travailleurs sociaux pour développer des petites attentions à l'occasion d'un repas communautaire, sans oublier les groupes sportifs, il y a une tendance à compenser le manque d'activités de socialisation dans les nouveaux CSSS.

2.3.2 Perceptions négatives

Près du tiers des travailleurs sociaux (91) portent par ailleurs des perceptions négatives de ce qui se passe et ne voient pas d'initiatives intéressantes : près de la moitié d'entre eux ne voient aucun aspect positif dans la réforme et plusieurs soulignent que leurs valeurs « ne cadrent plus avec celles de leur organisation », considérant que le réseau est « en crise ». D'autres, ne savent tout simplement pas (ne parviennent pas à suivre les changements, ne sont pas au courant, reçoivent très peu d'information parce que travaillant à temps partiel).

Et il y a ceux qui soulignent la présence de nombreuses détériorations : « pas d'ouverture, mais des commandes imposées. En ce temps de reconfiguration de structures, il y a peu de place et de temps pour les initiatives. Aussi nos *bons coups* sont souvent des réussites dans l'ombre de la confidentialité : des stratégies d'interventions psychosociales qui ont permis le dénouement de situations graves chez certains clients et qui paraissaient insolubles pour la deuxième ligne. Néanmoins, ces succès sont ignorés de notre organisation et du grand public compte tenu du caractère confidentiel et souvent dramatique de ces situations exceptionnelles. De plus, les travailleuses sociales de la première ligne sont souvent perçues comme ayant peu d'expertise de pointe, donc peu crédibles quand il est question de santé mentale, de troubles de développement chez les enfants, etc. » La vision partagée ici est assez négative : « les bonnes idées sont vite mises au rancart par l'organisation faute de temps/argent/ou vision différente ». L'Agence semble pour d'autres « imposer tellement

d'*incontournables* et orienter tellement les choses que ça laisse peu de place aux initiatives et aux bons coups ».

Ailleurs, on souligne une « gestion autocratique et autoritaire » qui réduit à néant l'autonomie professionnelle et les considère comme sous-productifs. Pour un autre « à vrai dire, l'organisation fait valoir par des démarches dites consultatives que nous sommes, à titre d'intervenants, les connaisseurs des besoins des clientèles et les personnes les mieux placées pour établir une base solide de réussite à la mise en œuvre d'un projet clinique adapté aux nouvelles orientations ministérielles. Or, l'expérience de ces démarches démontrent incontestablement que les décisions sont déjà prises avant même les consultations et que sur l'apparent souci de transparence de la gestion n'est que de la poudre aux yeux! Les transformations structurelles n'ont pas permis de changer les cultures organisationnelles et de créer une organisation de services intégrés. Quant à l'organisation des services par programmes, on pourra dire qu'elle flanque une lumière incandescente sur le fonctionnement en silo des pratiques de gestion, ces dernières sont attachées à des budgets catégorisés par mission ».

À ces difficultés s'ajoute la taille nouvelle de l'organisation car « nous sommes passés de 250-300 employés à plus de 3 500 maintenant. Les bonnes initiatives, par exemple le journal interne, n'intéressent plus les gens car on parle toujours des mêmes équipes ou on se fait dire de le lire via l'intranet pour sauver du papier. C'est devenu tellement virtuel, mais nous nous sommes toujours humains et présents ». Ou encore : « Nous avons des équipes qui possèdent de belles expertises mais le travail devenant lourd, manquant d'effectifs infirmiers dans certains programmes, des personnes sauvent leur peau et changent de poste pour trouver un peu de répit. Et il faut recommencer. »

Pour plusieurs personnes, leur organisation est entrée en crise : « nous sommes dans un processus de démobilisation avec un encadrement tout à fait inadéquat et aucune expérience administrative, ni aucune expertise clinique... et un mandat trop exigeant! ». Le réseau vivrait une crise profonde ainsi qu'une partie des intervenants qui y travaillent. C'est ce qui explique qu'il « n'est pas aisé en ce moment de voir des aspects positifs. Le climat de travail à l'hôpital est difficile pour tous les professionnels (travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, infirmières). Dans notre direction (santé

physique), tous les cadres ont une formation en soins infirmiers et décident de l'orientation des services cliniques sans consulter les intervenants sur le terrain. Les listes de rappel sont vides et les postes vacants difficiles à combler. Même s'il manque du personnel, on s'attend à des délais de réponse aussi rapide que d'habitude. Les équipes multidisciplinaires ne fonctionnent pas et trois infirmières-chefs ont démissionné récemment ». Certains travailleurs sociaux concluent que tout est en changement, trop peut-être : « déménagement du personnel, fusion d'établissements, départ ou arrivée de cadres, nouveaux formulaires, implantation d'une équipe jeunesse en santé mentale, changement au niveau informatique, etc. En conclusion, nous devons faire preuve d'une immense capacité d'adaptation et d'une bonne gestion de stress. Pas étonnant de voir plusieurs collègues partir en congé de maladie ».

2.3.3 Initiatives positives de la direction

Un peu moins de 20 % des travailleuses sociales en profitent pour souligner **des initiatives ou des attitudes d'ouverture de la direction de leur établissement** : la démarche du projet clinique et l'organisation des services qui en découle, l'ajout ou le maintien de la supervision là où elle était offerte, la qualité de vie au travail dans certains établissements, des efforts de communication, la création de postes en service social et davantage de reconnaissance contribuent à cette vision des choses.

Ce n'est pas l'ensemble du projet clinique mais certains de ces éléments qui plaisent avec les efforts faits pour « l'harmonisation des façons de travailler [qui] pourrait faciliter certaines démarches », « l'implication directe des intervenants avec les gestionnaires, cadres intermédiaires et les partenaires pour l'élaboration du projet clinique. Ils tentent d'avoir une représentativité des différents points de services mais aussi des différentes professions sur les comités. Ils ont offerts une formation aux animateurs avant de débiter les travaux des comités ». Bref, leur expertise est enfin reconnue.

La supervision constitue une préoccupation constante des intervenants et, heureusement, un certain nombre de CSSS acceptent de soutenir ou de permettre qu'elle soit possible qu'elle que soit la formule retenue (de groupe, individuelle, en réunion clinique, avec des pairs expérimentés, en privée, etc.). Cela est très apprécié.

Le travail occupe une place importante dans la vie de ces professionnelles et la qualité de vie dans ce contexte ne les laisse pas indifférente. Aussi, la mise sur pied d'un « comité d'établissement composé de représentants de la direction, de représentants syndicaux, du service de santé et d'intervenants intéressés par la prévention de l'absentéisme pour raison de santé psychologique (mieux-être au travail) ». À cela peuvent s'ajouter des activités de détente et de loisirs.

La communication demeure au cœur de la vie organisationnelle. Certains établissements l'ont bien compris et font des efforts continus à ce niveau tant à l'interne qu'à l'externe (journal, rencontres régulières, événements pour rapprocher les employés, comité de communication de la direction envers les employés, etc.).

La formation permet le maintien à jour des compétences et ne doit pas être négligée. Dans certains CSSS, il y a davantage de formations communes et on valorise le fait que le personnel puisse aussi donner de la formation.

Enfin, on n'a pas hésité à créer à la fois des postes en travail social et des postes de conseillers en appui aux professionnels, ainsi qu'à leur manifester de la reconnaissance.

3. Analyse et recommandations

Les dimensions transversales ressortent lorsque nous tenons compte de l'ensemble des données :

1. La gestion des processus du réseau public

- Le style de gestion
- L'organisation du travail et son encadrement
- L'accès à l'information
- La gestion du changement

Comme l'an dernier, les travailleurs sociaux (et nous croyons que ce point de vue est largement partagé par des employés des autres disciplines travaillant en CSSS) souhaitent que gestionnaires et directions des CSSS adoptent un **style de gestion** moins traditionnel et fassent place à plus d'écoute, encouragent des formes réelles de participation aux décisions

qui concernent le personnel et les consultent sur les orientations qui affectent leur environnement de travail. Le regroupement des CLSC avec des centres hospitaliers dans les nouveaux CSSS provoque un profond choc de culture où le social est relégué au second rang. Cela se traduit par moins de soutien effectif ou perçu par les répondants et une légère détérioration de la majorité des mécanismes de soutien habituel.

Au-delà du style de gestion, un malaise certain existe autour de **l'organisation du travail** qui constitue l'aspect qui provoque le plus de commentaires des répondants. Différents aspects soulèvent ces réactions : le manque de stabilité de **l'encadrement** autant administratif que clinique (quand ce n'est pas son absence même qui est souligné), le souhait d'avoir des tâches mieux définies et davantage possibilités de développer sa carrière, la recherche de flexibilité, de reconnaissance accrue et d'équité. De nombreux cadres récemment nommés connaissent très peu la réalité du social qu'ils sont appelés à soutenir et gérer. Leur disponibilité laisse aussi de plus en plus à désirer. L'alternative d'introduire des conseillers cliniques ne semble pas suffisamment généralisée.

Comme l'an dernier, les répondants insistent sur l'importance d'avoir **accès à l'information**, qui leur permet de comprendre autant les enjeux globaux que les micro-changements qui affectent leur travail quotidien. Là aussi, la situation apparaît déficiente et contribue peut-être à amplifier le malaise vécu.

La réussite d'un changement repose à la fois sur sa planification préalable, la désignation de porteurs du changement crédibles et entièrement dédiés à cette importante tâche, un processus de pilotage continu, l'abondance et la pertinence de l'information disponible et l'adaptation de la vitesse du changement à la capacité de mobilisation et d'absorption des modifications par les personnes concernées, grâce à des formes de soutien et de formation sur mesure. Or, à la lecture des données issues de ce sondage en ligne sur le niveau d'information et le degré d'implication des travailleuses sociales, il ressort que les gestionnaires des CSSS n'ont pas été adéquatement préparés à **piloter le changement** en cours. Dans les circonstances, les travailleurs sociaux se doivent de se consacrer avant tout à répondre le mieux possible aux besoins de leur clientèle, en collaboration avec leurs collègues des autres professions, mais ils espèrent que la stabilité de leur organisation leur

facilite la tâche et que le projet clinique livre les fruits escomptés des efforts investis dans l'organisation et avec les partenaires.

2. Le développement professionnel des travailleurs sociaux

- Les points d'ancrages : les tâches qu'on accomplit et l'équipe de travail à laquelle on appartient
- Le soutien et la supervision

La formation continue

Historiquement, les travailleurs sociaux s'identifient non seulement à leur profession mais également à leur équipe de travail, souvent multidisciplinaire. Ces **points d'encrages** importent beaucoup parce qu'ils permettent de développer de la stabilité dans une organisation en changement, des relations d'entraide professionnelle et personnelle, et facilitent l'acquisition de connaissances spécialisées essentielles à une intervention adaptée aux besoins de la clientèle. Il n'est donc pas étonnant que pour briser leur isolement, les intervenants insistent sur l'importance de leur équipe de travail.

Le second aspect de la dimension liée au développement professionnel des travailleurs sociaux est constitué par l'importance attachée au **soutien professionnel** et en particulier à la consultation et à la **supervision**. Les réponses formulées par les répondants au sondage en ligne de 2007 montrent que lorsque l'organisation ne répond pas à leur attente, le besoin pousse les travailleurs sociaux à se donner des formules alternatives pour éviter les difficultés reliées à l'inexpérience, résoudre les cas complexes, l'épuisement professionnel. Comité de pairs, groupe de co-développement, échanges cliniques, entraide spontanée, ces moyens illustrent la débrouillardise sociale. Il ne faudrait pas que les organisations prennent pour acquis qu'en raison de leur existence, le besoin de soutenir la pratique est atténué. Ce serait là accroître dangereusement le sentiment de méconnaissance de leur réalité qu'éprouvent déjà de nombreux répondants. Ceux qui recourent déjà à des formules de supervision privée, payée par eux-mêmes, risquent d'être tentés au contact de cette pratique plus gratifiante que celle qu'ils exercent dans leur travail quotidien, d'être à leur tour tentés par la pratique privée. Le réseau public risque ainsi d'être appauvri.

Le contexte de changement est anxiogène pour les intervenants expérimentés comme ceux qui sortent des universités en raison de la transformation des besoins et des attentes quant aux habilités nécessaires pour bien exercer leur rôle professionnel. Cela explique pourquoi la demande de **formation continue** est constante. Une bonne partie des répondants souhaitent avoir des occasions de mettre à jour leurs connaissances et cela rejoint la préoccupation de l'Ordre de s'assurer que ses membres bénéficient de la formation continue.

Références

Chaire en gestion de la santé et sécurité au travail dans les organisations (2003). *La santé psychologique au travail... de la définition du problème aux solutions*. Québec : Université Laval.

Larivière, C. (1995). *Styles de gestion, satisfaction au travail et efficacité organisationnelle perçue dans 11 CLSC*. Thèse de doctorat, département de sociologie, Université de Montréal.

Larivière, C. (2001). *Les progrès réalisés dans la collaboration CJ/CLSC en 2001*. Montréal : Association des CLSC du Québec/Association des Centres jeunesse du Québec.