



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

**L'HUMAIN. AVANT TOUT.**

**Rapport sur les impacts de la restructuration  
du réseau de la santé  
et des services sociaux depuis 2004**

*Claude Larivière, Ph. D., travailleur social*

Projet de recherche réalisé  
par le Comité de la pratique  
en Centre de santé et de services sociaux de l'OTSTCFQ

Décembre 2009

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION ET METHODOLOGIE .....</b>	<b>1</b>
• <b>Depuis 2004, avez-vous changé de tâche? De service ou de direction ? D'employeur ?.....</b>	<b>3</b>
<i>L'ampleur du changement vécu .....</i>	<i>3</i>
<i>La nature du changement vécu.....</i>	<i>3</i>
• <b>Il semble exister une mouvance importante au niveau des gestionnaires. Qu'en est-il du style de gestion dans votre CSSS ? .....</b>	<b>4</b>
<i>Des effets certains sur l'encadrement offert.....</i>	<i>4</i>
• <b>Observez-vous davantage d'accent mis sur la performance ?.....</b>	<b>5</b>
<i>La norme s'impose d'elle-même : « il faut faire plus avec moins ».....</i>	<i>6</i>
<i>La performance recherchée n'est pas sans conséquence.....</i>	<i>6</i>
• <b>Observez-vous plus ou moins de rigidité ?.....</b>	<b>7</b>
<i>Gérer avec discernement demeure possible, mais rare.....</i>	<i>7</i>
<i>Le clivage se creuse entre la tête et la base des CSSS.....</i>	<i>8</i>
• <b>Votre gestionnaire [actuel] a-t-il moins d'expérience [que les précédents] ?.....</b>	<b>8</b>
<i>L'instabilité est ressentie comme la règle plutôt que l'exception.....</i>	<i>8</i>
• <b>Comment qualifieriez-vous le style de gestion actuel ? .....</b>	<b>9</b>
<i>Les gestionnaires se sont éloignés de leur personnel.....</i>	<i>9</i>
• <b>En quoi est-il différent de ce que vous avez connu dans le passé ?.....</b>	<b>10</b>
<i>Le travail professionnel est davantage sous pression.....</i>	<i>11</i>
• <b>Quelle est la situation au nouveau du soutien et de la supervision dans votre établissement ?.....</b>	<b>11</b>
<i>Entre l'autonomie forcée et l'abandon.....</i>	<i>12</i>
• <b>Votre charge de travail nous intéresse. Observez-vous un changement quantitatif quant au nombre d'usagers auprès desquels vous êtes impliqués depuis 2004 ? La durée moyenne de vos interventions a-t-elle été modifiée?.....</b>	<b>13</b>
<i>Un fardeau de travail qui tend à s'alourdir.....</i>	<i>13</i>
• <b>Il semble que les changements puissent aussi affecter les conditions matérielles de travail (les locaux ou l'accès à un ordinateur, par exemple) ; est-ce le cas chez vous ?.....</b>	<b>14</b>
<i>Comme pour les locaux, les ressources informatiques demeurent déficientes.....</i>	<i>15</i>
• <b>Lorsque vous regardez ce qui se passe depuis cinq ans, diriez-vous que le climat de travail s'est amélioré, reste le même ou s'est détérioré et pourquoi ?.....</b>	<b>15</b>
<i>Le climat repose souvent sur eux en l'absence des gestionnaires.....</i>	<i>15</i>
• <b>Un des éléments majeur de la réforme repose sur le travail partenarial avec un certain nombre de réseaux. Y a-t-il eu des améliorations sensibles depuis le début de la réforme ?.....</b>	<b>16</b>
<i>Le travail en réseau se fait au détriment des anciennes forces des CLSC.....</i>	<i>16</i>
<i>Certains partenaires se rigidifient et les PSI ne progressent pas.....</i>	<i>17</i>
• <b>De quoi êtes-vous le plus fier dans votre pratique ? .....</b>	<b>18</b>
<i>Le client est au centre de leurs préoccupations : .....</i>	<i>18</i>
<i>L'affirmation de l'identité professionnelle propre au travail social.....</i>	<i>19</i>

- **Qu'est-ce qui doit absolument changer pour améliorer votre satisfaction à l'égard de votre pratique professionnelle (s'il y a lieu) ?**..... 19
- **Les changements intervenus au cours des dernières années devraient favoriser une meilleure collaboration interprofessionnelle ; est-ce le cas ?** ..... 20  
*Souhaitée, la collaboration interprofessionnelle se met difficilement en place* ..... 21
- **Aimeriez-vous que l'Ordre s'implique davantage autour des enjeux de transformation de votre pratique ? Comment voyez-vous cette intervention ?**..... 21

**RECOMMANDATIONS**.....22

- Considérez-vous la réforme comme un succès ou un échec, ou [encore] quelque chose entre les deux ?**..... 22
- Vision critique :*..... 23
  - Positions équilibrées (positif et négatif) :* ..... 25
  - Positions incertaines :*..... 26
  - Le rôle des gestionnaires sociaux*..... 26

**ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS**.....28

## **Introduction et méthodologie**

Pour compléter la collecte de données par sondage en ligne de l'automne 2008, le comité composé de mesdames Ghislaine Brosseau, secrétaire et directrice générale de l'Ordre, Thérèse Eustache du CSSS de Saint-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 Claude Larivière, de l'École de service social de l'Université de Montréal, a organisé quatre groupes de discussion dans des établissements représentatifs des différentes réalités des CSSS du Québec :

- CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel : CSSS urbain sans centre hospitalier (9 septembre 2009) ;
- CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke : CSSS urbain, avec une fonction spécialisée en gériatrie (10 septembre 2009) ;
- CSSS de la Vieille Capitale : CSSS urbain de grande taille, sans centre hospitalier (15 septembre 2009) ;
- CSSS de Charlevoix : CSSS rural étendu, avec deux petits centres hospitaliers (16 septembre 2009).

Le président de l'Ordre a demandé et obtenu la collaboration de chacune des directions générales concernées qui ont désigné une personne pour coordonner l'organisation de la rencontre, libéré le personnel impliqué de 11 h 30 à midi (celui-ci acceptant de participer ensuite jusqu'à 13 h sur son temps de repas) et fourni un local adapté. Un buffet était offert par l'OTSTCFQ.

L'invitation fut acheminée à tous les membres de l'Ordre à l'emploi de chacun de ces quatre CSSS. Ceux-ci étaient invités à s'inscrire par courriel pour y participer selon la règle du premier arrivé, premier inscrit. La liste pouvait comporter jusqu'à 15 noms (initialement : 14 pour le CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel ; 15 pour l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ; 12 pour le CSSS Vieille Capitale et 5 pour le CSSS de Charlevoix). Une confirmation fut envoyée à la fin d'août. Madame Rose-Myrène Dorival, secrétaire à la direction de l'Ordre a coordonné l'ensemble des relations avec les quatre CSSS.

Dans les faits, lors de l'entrevue de groupe, des 53 membres de l'Ordre que comptent le CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel, 14 personnes s'étaient inscrites et 12 se sont présentées; Céline Bureau, travailleuse sociale, agissait comme personne ressource. Au CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, nous avons 79 membres ; des quinze personnes inscrites, quatorze se sont présentées et deux se sont ajoutées ; la personne ressource était Mme Lise Gauthier. Au CSSS Vieille Capitale, nous avons 146 membres et quatorze d'entre eux ont participé à la rencontre pour laquelle les personnes ressources étaient Mesdames Nancy Côté et Sandra Lavigne, travailleuses sociales et conseillères cliniques. Finalement, au CSSS Charlevoix seulement 18 travailleuses sociales adhèrent à l'Ordre et dix d'entre eux ont participé aux échanges qui étaient suivis de l'assemblée générale du Conseil multidisciplinaire de l'établissement ; Mme Linda Rae, directrice des soins et des services à la clientèle a agi comme personne ressource.

Un total de cinquante personnes furent donc entendues dans le cadre de cette tournée de consultation, très appréciée dans chacun des milieux. Cela représente tout de même le sixième des 296 adhérents à l'Ordre dans ces quatre CSSS. La liste des personnes présentes dans chacun des CSSS figure à l'Annexe 1.

Le questionnaire utilisé a été préparé par les membres du comité des réseaux locaux et comportait une douzaine de thèmes, certains faisant l'objet de plusieurs questions. Chacun des thèmes abordés correspond à un aspect sur lequel le comité a constaté qu'il fallait approfondir notre connaissance de la situation à partir des opinions exprimées soit dans l'ensemble des sondages ou soit dans celui de 2008, puisque la situation n'a pas cessé d'évoluer depuis notre premier questionnaire acheminé aux travailleuses sociales à l'œuvre dans les CSSS.

La liste de celles-ci était distribuée au début de la rencontre ce qui permettait aux personnes présentes de mieux saisir la logique de notre entrevue de groupe. Nous avons enregistré chacune des rencontres avec l'accord des participants.

La longueur et l'intensité des propos tenus variaient beaucoup selon l'expérience vécue dans chacun des CSSS. Nous avons extrait le contenu significatif et noté certains propos illustratifs du discours tenu. C'est à partir de ce matériel que fut rédigée la

synthèse qui suit. Lorsque cela est possible, nous avons indiqué les tendances qui s'exprimaient et les nuances entre les milieux. Après avoir repris la formulation de chaque question, nous l'introduisons en expliquant ce que nous cherchions à explorer.

Les opinions exprimées :

- ***Depuis 2004, avez-vous changé de tâche? De service ou de direction ? D'employeur ?***

Cette question initiale nous semble fondamentale parce qu'elle permet de mesurer de façon factuelle l'impact que la réforme de 2004 a pu avoir sur chacune des personnes présentes aux entrevues de groupe. En effet, logiquement, après avoir intégré les structures autrefois autonomes et maintenant regroupées sous un même chapeau, défini leur projet clinique, adopté un nouvel organigramme, chacun des CSSS devait ensuite réaffecter son personnel au sein des programmes de services.

#### *L'ampleur du changement vécu*

Le personnel de trois des quatre CSSS fut affecté de façon importante : sept personnes sur douze à Saint-Léonard et Saint-Michel, huit sur quinze à l'Institut universitaire de gériatrie et la moitié au CSSS de la Vieille Capitale. La situation est différente au CSSS Charlevoix, en raison de son caractère particulier, où l'impact se limite à la fusion des listes de rappel.

À ces personnes affectées par des modifications d'affectations, de fonctions, de tâches, il faut ajouter le fait que près du tiers des personnes présentes furent embauchées depuis 2004 ce qui signifie qu'à toute fin pratique un pourcentage beaucoup plus important du personnel en place dans les établissements fusionnés en 2004 a connu des changements réels.

#### *La nature du changement vécu*

Un peu partout on parle de changement forcé plutôt que souhaité. La nature de ces modifications varie d'une personne à l'autre : regroupements d'équipe, redéfinition des mandats, nouvelle priorisation des clientèles, développement de

nouvelles approches, passer d'un milieu rural à un milieu urbain, etc. Dans certains cas la transition fut vécue plus brutalement et sans préparation :

- « véritable tremblement de terre qui me fit passer de suivis d'adultes en violence conjugale à la clientèle DI/TED » ;
- « Du tout au tout : mon programme régional [spécialisé] en santé mentale fut transféré [de l'hôpital psychiatrique] au CSSS où ils ont une méconnaissance complète de notre réalité » ;
- « En DI/TED, c'est une nouvelle équipe qui fut formée avec le choc des trois cultures et pratiques différentes. Cela a conduit à un nivellement et à la diminution des services à la population ».

Ces témoignages illustrent le fait que pour une partie significative des gestionnaires le personnel professionnel est interchangeable, peu importe l'expertise spécifique développée au fil des années de pratique par une travailleuse sociale.

Autre aspect évident, la gestion du changement et l'accompagnement des équipes en transformation constituent des habiletés de gestion peu maîtrisées, conduisant à des coûts humains (découragement par manque de reconnaissance des compétences, instabilité des équipes, augmentation de l'absentéisme) et fonctionnels (diminution de la qualité des services) importants. Mais, comme on le verra à la question suivante, très souvent seul le respect des directives, des échéances et le résultat final des actes produits (statistiques quantitatives) compte véritablement.

- ***Il semble exister une mouvance importante au niveau des gestionnaires. Qu'en est-il du style de gestion dans votre CSSS ? :***

*Des effets certains sur l'encadrement offert*

Selon les organisations, cela a beaucoup varié, mais deux niveaux d'effets de la réforme sont observés :

- la création des nouvelles entités, plus grande à gérer a nécessité la mise en place de véritables directions intermédiaires entre le sommet stratégique (la direction

générale et les cadres supérieurs) et les supérieurs immédiats. Le mixage de programmes sanitaires et sociaux a souvent avantage l'attribution de ces postes à des personnes issues du milieu hospitalier, notamment des infirmières et des personnes formées en administration. Les témoignages entendus soulignent que ces choix ne sont pas neutres (« cela a un impact sur nous ») puisque ces personnes méconnaissent souvent la réalité propre aux services sociaux et communautaires, bien qu'il y ait aussi des exceptions ;

- au niveau des supérieurs immédiats, les entrevues permettent de souligner que ceux-ci « ont beaucoup de responsabilités, mais peu de pouvoir décisionnel » et que dans l'expérience vécue par certains l'instabilité est la règle (« Douze chefs d'administration de programmes en quatorze ans » ; « Beaucoup de mouvance est un mot faible !... et ça continue ! »), bien que cela ne soit pas le cas partout et parfois dans le même CSSS.

Ce va et vient des cadres insécurise, mais il arrive que leur absence complète force les intervenants à se prendre davantage en mains : « Nous avons vécu une longue période sans gestionnaire et sommes donc devenus très autonomes. » Cette solution, sans être idéale, peut convenir pour les aspects cliniques mais fragilise le règlement des problèmes administratifs qui ne peuvent manquer de se produire dans une organisation en changement.

L'autre aspect important de ce contexte de réforme c'est la mobilisation importante des gestionnaires autour de tâches qui les rendent peu disponibles pour leur véritable tâche quotidienne (« Ils sont comme des queues de veaux ! », la diminution sensible de leur présence auprès de leur personnel et une réduction inadmissible de leur accessibilité (« Un retour d'appel prend deux semaines ! »). Ils deviennent des gestionnaires de processus plutôt que des ressources d'encadrement et de soutien à leur équipe, ce qui réduit d'autant leur crédibilité et leur utilité du point de vue du personnel.

- ***Observez-vous davantage d'accent mis sur la performance ?***

Très nettement - et partout - la réponse est affirmative avec un accent placé sur les statistiques liées aux interventions(avec des « cibles personnelles quantitatives : par



exemple 500 interventions/an, et c'est vérifié ! ») pour respecter les ententes de gestion (on signale un véritable « blitz du mois de mars » pour la collecte des statistiques) liant le CSSS à l'Agence régionale. Cela se traduit aussi par une pression pour voir plus de clients, même s'il en résulte une moindre qualité de l'intervention clinique.

*La norme s'impose d'elle-même : « il faut faire plus avec moins »*

Cet accent mis sur la productivité signifie « Plus de normes [à atteindre] et de pression pour la prise de dossiers, le choix des approches reposant sur des données dites probantes qui n'ont rien à voir avec les aspects sociaux, des suivis à très court terme puis [on dit aux clients] débrouillez-vous ! »

Globalement, le personnel est conscient d'être coincé dans une équation dont ils sortent toujours perdants : « On nous demande de plus en plus et on nous donne de moins en moins ». Cela prend bien entendu différentes formes et dépend d'un ensemble de facteurs :

- « Les ententes de gestion sont très balisées dans certains programmes. Il y a des barèmes rigides qui ne tiennent pas compte du temps de déplacement sur notre territoire » ;
- « La performance attendue est reliée à l'âge du gestionnaire. Plus il est jeune, plus il pousse... Et au niveau des praticiens, les plus vieux se sentent pressurisés pour permettre aux jeunes de s'adapter » ;
- « En première ligne, on a toujours pris beaucoup de dossiers alors qu'en deuxième ligne on prend le soin d'évaluer en profondeur et c'est plus axé sur le client. »

*La performance recherchée n'est pas sans conséquence*

Les entrevues ont permis au personnel de s'exprimer très clairement sur l'impact de ce tournant quantité versus qualité. Plus on les contrôle sur leur niveau de performance, moins on s'assure de la qualité du travail accompli : « On a des objectifs définis comme de rencontrer tant de gens ; il est difficile de s'assurer de la qualité ! »

Les ententes de gestion ne comportent pas d'objectifs de qualité puisque celle-ci se mesure difficilement et qu'aussi longtemps que les usagers ne se plaignent pas, la direction du CSSS n'a pas à se soucier directement de cet aspect. Or, les plaintes portent plus sur l'accessibilité ou la qualité relationnelle avec le personnel que la pertinence et la qualité de leurs interventions.

Dans un tel contexte, que faire ? Des employés plus exigeants au plan clinique ou éthique que leur employeur ne se font pas d'illusion. Puisque la qualité, valorisée à leurs yeux ne l'est pas par l'État, « on se distancie de plus en plus de notre employeur et on soigne nos plaies ensemble. »

- ***Observez-vous plus ou moins de rigidité ?***

Dans l'ensemble « oui » parce que les gestionnaires obéissent aux règles édictées en haut de la pyramide hiérarchique, mais avec des nuances comportementales d'un gestionnaire à l'autre (« la gestionnaire précédente était une infirmière qui passait la commande alors que l'actuelle est de formation psycho-sociale et sert de tampon entre les demandes du MSSS ou de l'Agence et le personnel »).

*Gérer avec discernement demeure possible, mais rare*

S'il y a encore « des bons gestionnaires, motivés, avec de la bonne volonté », la surcharge de travail auxquels ils sont soumis et l'impossibilité de prendre des décisions directes sans avoir reçu « l'aval de leur patron les décourage souvent ».

La hiérarchie introduite par la réforme dans les CSSS est importante et « continue à se développer avec la difficulté de cohésion entre eux les gestionnaires que cela comporte et que nous subissons quotidiennement » rapportent des travailleurs sociaux.

La gestion actuelle a introduit des exigences beaucoup plus strictes :

- « par exemple les vacances ne peuvent plus être fractionnées » ;
- « avec la nouvelle orientation, on a pas le droit de refuser un nouveau cas ».

### *Le clivage se creuse entre la tête et la base des CSSS*

Dans une entrevue de groupe, des participants nous ont dit qu'ils sentaient que certains gestionnaires font des « trip de pouvoir ». Dans une autre, on a dut manquer « nettement d'information sur ce qui justifie les regroupements des équipes » mais que cela ne semblait pas préoccuper les cadres de leur organisation qui appliquaient simplement à la lettre ce que leurs supérieurs leur disaient. La rigidité génère une coupure accentuée entre ceux qui en haut décident et les personnes qui subissent en bas. L'usage du masculin et du féminin n'est pas neutre, les gestionnaires étant majoritairement des hommes (particulièrement à la tête des organisations) et les travailleurs sociaux, des femmes. Une intervenante le dit simplement : « La tête s'est éloignée des pieds ! »

- ***Votre gestionnaire [actuel] a-t-il moins d'expérience [que les précédents] ?***

Si on considère le portrait global, la réponse est « oui », même si c'est plus stable en milieu hospitalier que dans les anciens CLSC. Dans une organisation, « les plus anciens gestionnaires ont six ans d'expérience; le plus jeune, six mois ». Et rien n'assure plus qu'ils seront encore là demain : « Le vendredi, t'as un patron. Tu pars pour la fin de semaine et quand tu reviens, le lundi matin, tu apprends que tu en as un nouveau, que l'autre a fait l'objet d'un congédiement brutal. »

### *L'instabilité est ressentie comme la règle plutôt que l'exception*

Quand une personne nous dit « au maintien à domicile on a eu trois chefs d'administration du programme en quatre ans » de nombreuses autres personnes présentes ajoutent connaître des situations assez semblables :

- « Il y a eu plusieurs départs, certains volontaires et d'autres forcés. Avec la nouvelle structure, certains ont eu des promotions, et il y a davantage de postes cadres qu'avant, avec beaucoup d'accent mis sur la prévention des infections et les autres aspects reliés à la santé physique » ;

- « Beaucoup de gestionnaires sont partis en maladie et on a eu recours à de jeunes retraités ; maintenant c'est davantage des jeunes cadres sans grande expérience... » ;
- « De fois en fois ils ont moins d'expérience. C'est insécurisant pour une équipe avec des problèmes de relations entre ses membres et d'organisation du travail. Les employés portent des responsabilités de plus en plus lourdes. »

Ici encore cela n'est pas sans conséquences. Ces nouveaux gestionnaires choisis sans préparation adéquate sont moins bien outillés cliniquement et auront naturellement pour attitude de négliger ce qui est au cœur des services à rendre à la population mais ne fait pas l'objet de véritable contrôle. Et, pire encore, bousculés par les exigences de leurs supérieurs et la nécessaire adaptation à leur nouveau rôle, « ils ont peu de soucis d'aller voir ce qui se faisait avant eux ».

- ***Comment qualifieriez-vous le style de gestion actuel ?***

Mis à part une poignée de témoignages, concernant tous des travailleurs sociaux exerçant une gestion de type « humaniste » (« Ma chef de programme fait le tour des bureaux pour nous dire bonjour le matin »), les points de vue exprimés se résument assez bien dans cette petite phrase : « Avant on répondait à la demande du milieu ; maintenant on répond aux commandes du MSSS ». Bien entendu, le style varie dans un même CSSS selon les directions. Parfois, il y a eu amélioration alors qu'ailleurs les témoignages parlent de détérioration.

Un peu partout, l'expression la plus utilisée pour décrire ce style de gestion omniprésent c'est « top/down » :

- « Les commandes viennent d'en haut et sont surtout axées sur le contrôle et la performance » ;
- « Ils ne savent pas trop où ils s'en vont. Le projet clinique vient du MSSS et de l'Agence. Ils font des erreurs car il y a beaucoup d'improvisation ».

*Les gestionnaires se sont éloignés de leur personnel*

Les cadres sont « très occupés, peu présents et offrent très peu de soutien au plan clinique et se préoccupent pas du développement de leurs ressources

humaines, du développement des personnes ». Évidemment, « on finit par avoir de l'information puisqu'on est envahit de courriels. Mais on est pas consulté, et on nous informe [simplement] des décisions ».

Le moral est plutôt affecté tout autant que la crédibilité du discours de la direction. Voici une phrase typique de chacun des quatre CSSS :

- « Notre établissement ne croit pas ce qu'on dit sur le terrain » ;
- « Faut bien paraître puisqu'on est un Institut universitaire » ;
- « Avant, le DG nous comprenait... mais il vient de partir ! » ;
- « Nous sommes plus éloignés de la direction. Les gestionnaires sont moins accessibles et gèrent de plus grosses équipes. On est moins informé. Ça change tellement vite ! C'est très différent du CLSC où on était partie prenante [de l'orientation] et où on pouvait parler à nos *boss*. »

- ***En quoi est-il différent de ce que vous avez connu dans le passé ?***

Les réponses formulées ici portent sur des objets : le projet d'établissement (valeurs et mode de gestion) qui témoigne d'un divorce progressif et l'impact sur le travail lui-même (tâches, gestion des ressources humaines).

Au niveau de projet du CSSS, il n'est plus guère partagé pour différentes raisons. Les intervenants ne trouvent d'abord pas leur place dans cet ensemble : « Leur théorie de gestion est différente de notre expérience comme intervenants. » Et puis, il y a un manque important de cohérence : « Il y a un grand écart entre le discours et la pratique. » Or, lorsqu'on les a justement consulté sur les valeurs qui étaient importantes pour eux la cohérence figurait parmi les primordiales. Dans certains cas, ils sont consultés pour trouver des solutions à des problèmes, mais « pour lesquels on a pas de moyens ». Partout la taille de la nouvelle structure se traduit par un affaiblissement du lien entre l'organisation et son personnel (« avec l'agrandissement de la structure, j'ai perdu mon sentiment d'appartenance »).

### *Le travail professionnel est davantage sous pression*

Un jeune intervenant embauché depuis la réforme a, d'abord, connu le pire et se réjouit que sa nouvelle gestionnaire apporte « plus de souplesse, d'écoute et de dialogue. Enfin de la stabilité avec un bon dosage de commandes et d'humanisme », preuve que des améliorations sensibles demeurent possibles.

Mais ailleurs, et de façon répétée on nous rapporte que le rythme de travail a changé, que les cas seraient « plus lourds » avec, dans maints services, une durée de séjour ou d'intervention plus courte. L'impact sur le personnel de la recherche d'une efficience accrue prend différentes formes :

- « À l'accueil psycho-social, par exemple, on a ajouté des services mais pas davantage de personnel » ;
- « On est tous nouveaux dans notre équipe et ceux qui tombent malade ne sont pas remplacés » ;
- « On a fait un sondage sur l'absentéisme pour mieux comprendre le phénomène et, en même temps, on limitait les congés [qui permettent de récupérer] ».

Le sentiment profond qui ressort des entrevues de groupe est que, de façon globale, chez les gestionnaires, on se préoccupe peu des conséquences des décisions prises sur les intervenants et sur la clientèle. Cela s'ajoute, bien entendu, au problème latent de la non-reconnaissance ressentie par le personnel dans beaucoup d'établissements du réseau public.

- ***Quelle est la situation au nouveau du soutien et de la supervision dans votre établissement ?***

Voilà un bel exemple où coexistent de bonnes et de mauvaises pratiques, selon les directions ou les établissements, selon l'importance que les gestionnaires accordent ou non à cet aspect et leurs compétences à s'investir dans cette dimension essentielle de leur rôle.

Commençons par des exemples positifs et encourageants. Dans un CSSS, il y a eu création de postes de coordonnateurs cliniques (quatre pour les programmes et un en communautaire) alors qu'avant les gestionnaires assumaient l'administratif et le

clinique. Il y a aussi des rencontres d'équipe et c'est apprécié pour contrer l'isolement. Dans un autre CSSS, c'est maintenant une coordonnatrice professionnelle qui accueille les nouveaux professionnels. Ailleurs, il est question de mettre en place des groupes de co-développement et, « en attendant, il y a beaucoup de discussions entre collègues sur les difficultés vécues avec certains clients. » Le soutien entre pairs s'est particulièrement développé avec l'arrivée de jeunes travailleurs sociaux.

#### *Entre l'autonomie forcée et l'abandon*

La question des échanges en équipe et entre collègues peut être vue différemment selon les endroits. Ainsi, si pour certains « une rencontre d'équipe par semaine [...] nourrit bien notre besoin d'échanges » et « au SAD on a une rencontre clinique aux deux mois, sans gestionnaire, pour discuter de cas, d'outils et partager nos informations » d'autres perçoivent cela comme une forme d'abandon : « On doit se contenter de discussions entre collègues : faut être autonome ! » Et l'absence des chefs de service entraîne une tendance à « se sécuriser entre nous ; cela renforce l'effet de ghetto ».

Dans un CSSS, où une gestionnaire est « très présente au niveau du soutien, consacrant 60 % de son temps à des aspects cliniques », dans les autres programmes ce sont des aspects dont les gestionnaires ne veulent pas s'occuper limitant leur rôle à l'administratif.

Certains évoluent au fil du temps entre l'absence complète de soutien clinique et « une coordonnatrice pour 35 intervenants sociaux, un roulement épouvantable, un supérieur à l'extérieur... », ce qui ne leur apporte pas beaucoup de soutien. Dans un autre CSSS, un poste de conseiller clinique demeure vacant depuis deux ans suite à un départ à la retraite, ce qui fait que les intervenants se disent « laissés à eux-mêmes » pendant que les gestionnaires définissent leur rôle comme étant administratif, pas clinique. Voilà un effet concret du fait que le supérieur immédiat ne possède pas une formation professionnelle dans le champ qu'il est appelé à gérer.

- ***Votre charge de travail nous intéresse. Observez-vous un changement quantitatif quant au nombre d'usagers auprès desquels vous êtes impliqués depuis 2004 ? La durée moyenne de vos interventions a-t-elle été modifiée?***

Les réponses ont d'abord porté sur la question de la durée de l'intervention alors que « moins de temps » pour chaque client selon plusieurs, fait que l'intervention court terme est devenue la règle. Dans certains programmes, tout semble presque « chronométré » : « En famille/enfance/jeunesse, t'as pas le choix. Une heure de rencontre à dix reprises et il faut que la situation de ton client soit réglée ! »

Ailleurs, en milieu hospitalier, la durée de séjour est réduite ce qui signifie nécessairement moins de temps pour intervenir auprès des usagers dont un bon nombre seraient « plus lourds ». En santé mentale, dans un CSSS l'absence de cadre de référence entraîne une « polyvalence extrême en raison d'une liste d'attente de 300 cas (durée de 15 mois ) ».

*Un fardeau de travail qui tend à s'alourdir*

Si, dans un CSSS, au programme PAPA, la question de la charge de travail « est gérée avec intelligence, avec une sensibilité pour les nouveaux cas », la charge de cas de chaque intervenant est tout de même passée de 35 à 45 clients.

Globalement les entrevues font ressortir qu'on entretient « l'illusion qu'on peut toujours faire plus avec moins ; jusqu'où peut-on aller ? » se demande-t-on... Des intervenantes se disent « pressées comme un citron, car les statistiques sont importantes ! ». Et voici quelques exemples qui illustrent leur vécu :

- « Avec 90 cas, il y a beaucoup d'épuisement » ;
- « il faut faire onze interventions par semaine : ça nous balise ! En fait c'est une gestion très autoritaire... »
- « Les statistiques servent à nous contrôler. On calcule la moyenne par individu et on nous dit d'améliorer notre rendement. Il y a beaucoup de pression informelle. »



L'entente de gestion détermine les normes selon les clientèles. Il y aurait aussi plus de papiers à remplir et de nombreuses situations complexes. En définitive, les intervenants soulignent que « ce qui est paradoxal, c'est que la clientèle, elle, peut se plaindre ! »

- ***Il semble que les changements puissent aussi affecter les conditions matérielles de travail (les locaux ou l'accès à un ordinateur, par exemple) ; est-ce le cas chez vous ?***

La question des espaces dérange ceux qui en vivent les conséquences au quotidien et se rendre compte du niveau de détérioration avancé de la situation dans certains CSSS. Si les aires ouvertes les obligent à intervenir fréquemment en présence de leurs collègues qui entendent tout (« C'est quoi la limite ? »), ce qui augmente le stress des intervenants. Ailleurs « plein de gens [se retrouvaient] sans bureau, plus les étudiants et les stagiaires. Maintenant on est à 4 ou 5 par bureau et la confidentialité n'est pas un critère ».

Pire encore, « Il y a des gens qui se demandent tous les matins où ils vont travailler. C'est très difficile pour les employés TPO et les stagiaires. Une boîte virtuelle, c'est pas très valorisant, ni être trois, quatre ou cinq par bureau. Et les clients se questionnent. » Dans un autre CSSS, « on se promène avec notre valise sur roulettes, comme un itinérant ! » Et : « Dans un point de services, il y a des personnes avec un poste... mais sans bureau, ni téléphone. On a des boîtes virtuelles et en entrant le matin on doit quêter un bureau ou un coin pour s'installer. » Les personnes qui rencontrent des familles disent « se battre pour garder des bureaux individuels car les salles de réunion sont plutôt rares ». « Mais même si tu as un bureau avec deux chaises, c'est difficile de recevoir une famille ! »

Heureusement, cela n'est pas le cas partout. Dans un autre CSSS, « si on reçoit des clients, on a droit à un bureau ». Et les conditions sont bien meilleures à l'IUGS où l'équipement est bien et des bureaux sont disponibles.

*Comme pour les locaux, les ressources informatiques demeurent déficientes*

La question des ordinateurs génère aussi nombre de frustrations, car ils sont décrits comme désuets et fonctionnent mal. Dans un CSSS, « il y en a davantage [qu'avant] mais il en manque toujours. Alors, on *squatte* les autres bureaux ! » Ailleurs, on rapporte devoir se débrouiller avec un ordinateur par équipe. L'informatique a aussi modifié sensiblement les communications sans véritablement les améliorer : « On reçoit des messages par Lotus, mais c'est pas tout le monde qui a un ordinateur. Beaucoup de courriels ne nous concernent pas ! »

- ***Lorsque vous regardez ce qui se passe depuis cinq ans, diriez-vous que le climat de travail s'est amélioré, reste le même ou s'est détérioré et pourquoi ?***

Un jeune praticien qui a connu un début difficile avec une gestionnaire provenant d'une autre profession apprécie nettement sa nouvelle supérieure, une travailleuse sociale « avec une ligne conductrice plus claire, plus égalitaire et moins autoritaire. On peut discuter. » Ailleurs, des travailleuses sociales témoignent qu'au moins « le climat est très bon entre nous ». Le soutien entre pairs y contribue selon d'autres. Dans un autre CSSS, on rapporte que c'est plutôt variable : « Ça dépend des équipes et cela varie en fonction de la tâche ».

*Le climat repose souvent sur eux en l'absence des gestionnaires*

Partout on nous signale l'éloignement et la non disponibilité d'une majorité des gestionnaires : « Avant les portes des gestionnaires étaient ouvertes ; maintenant elles sont fermées parce qu'ils ont trop de travail » ; « il y a quelques exceptions, bien appréciées ». Cela oblige les intervenants qui vivent « plus d'isolement » à s'organiser individuellement ou en équipe : « On se réorganise par nous-mêmes (exemple : guichet d'accès, assigner des dossiers, etc.) ».

Cette distanciation des cadres pose fréquemment problème, car elle génère « des tensions entre collègues », favorise le roulement du personnel qui cherche un meilleur milieu de travail avec davantage d'encadrement et de soutien. Elle renforce

aux yeux du personnel « le déséquilibre entre l'effort [fourni] et la reconnaissance obtenue ».

- ***Un des éléments majeur de la réforme repose sur le travail partenarial avec un certain nombre de réseaux. Y a-t-il eu des améliorations sensibles depuis le début de la réforme ?***

Curieusement, on ne connaît pas les résultats des réseaux locaux de services même si certaines personnes savent que le CSSS contribue au désengorgement des urgences, par exemple. On est conscient que « la direction du CSSS travaille beaucoup en partenariat, mais ça descend peu jusqu'à nous. » Le partenariat serait surtout l'apanage de chacune des directions qui contribue à un réseau avec l'externe. Mais cela aurait peu d'effets dans les CSSS ou des effets parfois contradictoires. Ainsi :

- Une personne souligne qu'avec les CH « il y a un effet bénéfique grâce à l'ajout d'une infirmière de liaison à l'urgence, même si certains arrimages restent à faire. Il y a encore des congés sans plan de retour à domicile, sauf si on a une rencontre préalable à l'hôpital » ;
- « Prenons l'exemple de l'accueil psycho-social. Comme on a une clinique réseau, il y a davantage de références médicales et plus d'informations à connaître à la porte d'entrée. Il faut se tenir au courant de plus d'informations tant à l'interne qu'à l'externe. Et comme certaines listes d'attente sont maintenant de quatre mois, on doit faire un peu plus pour certains de ces clients à l'accueil en attendant... ».

*Le travail en réseau se fait au détriment des anciennes forces des CLSC*

À plusieurs endroits, on nous a souligné que des acquis anciens en termes d'orientations (importance de la prévention, bon équilibre et complémentarité entre le social et le sanitaire, travail avec la communauté), d'approches (« La mission CLSC est de moins en moins assumée » ; « il n'y a plus d'organismes communautaires dans les équipes, on n'a plus de contacts avec eux » ; « nous, on fait des efforts : on a choisi l'approche systémique et on cherche à prendre notre place dans l'équipe

multidisciplinaire ») et d'expertise spécifique doivent céder la place au nouveau « crédo » du MSSS :

- « Le médical a avalé le social, dont on s'occupe seulement s'il reste du temps ! »
- « L'insistance sur le curatif rend difficile le travail en concertation, bien que certains projets cliniques permettent des échanges ».

Il faut être conscient que les nouveaux CSSS ont « intégré des cultures très différentes » et qu'il n'y a « pas encore de culture commune » pas de vision partagée. Cela conduit parfois à de nettes difficultés de fonctionnement interne sous ce grand chapeau du CSSS, entre directions et services (« Il y a d'abord des zones grises entre nos programmes : quels critères utiliser pour orienter une personne vers le programme adultes plutôt que celui de santé mentale ? »).

Le fonctionnement des CSSS s'inscrit aussi dans d'autres transformations entreprises dans le réseau comme en santé mentale où les intervenants disent vivre « une double réforme » qui se traduit pour eux « par plus de pression sur la première ligne qu'assume le CSSS ».

#### *Certains partenaires se rigidifient et les PSI ne progressent pas*

Les bonnes relations antérieures se maintiennent généralement sauf dans certains cas où elles se détériorent. Par exemple, dans un CSSS « avec le CJ, ça demeure difficile et pas clair ; on obtient un accès très inégal à leurs services selon les intervenants. Avec les écoles on signale des améliorations dans les cas de troubles du comportement ». Dans un autre CSSS, la réponse est clairement « Non : beaucoup de frustrations à ce sujet ! » On sait qu'il y a des rencontres des réseaux cliniques, mais on ne sait pas si leurs travaux avancent ou si c'est terminé. Mais, pendant ce temps, « on reçoit des commandes des partenaires de la deuxième ligne alors que les rôles respectifs ne sont pas clarifiés. Il y a davantage de zones grises, beaucoup d'isolement avec des cas plus lourds ». Dans le même établissement, mais un autre secteur d'intervention, comme avant « ça va bien ».

Plusieurs intervenants rapportent la formulation de critères plus rigides par leurs partenaires (notamment des CJ et des CRDI) et plus de difficultés avec « les groupes

communautaires [qui] disent que le CSSS est une grosse boîte qui a récupéré plein de ressources financières auxquelles ils n'ont plus accès.» Autre aspect non négligeable qui touche un autre des objectifs recherchés, celui de la formulation de plan de services individualisés (PSI) pour réguler la contribution de chacun des partenaires engagés auprès d'un usager commun : « Le PSI c'est dans le discours, mais dans la réalité il y a pas grand-chose qui a changé, sauf en famille/enfance et encore! ».

- ***De quoi êtes-vous le plus fier dans votre pratique ?***

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

L'autre élément concerne la nécessité pour les travailleurs sociaux de réaffirmer leur identité professionnelle dans un contexte difficile où la place du travail social et des approches qu'ils préconisent sont souvent remises en question par des priorités organisationnelles, des processus de gestion axés sur le court terme et la multiplication des actes, traduite en statistiques, ou encore une incompréhension ou une méconnaissance du social par leurs cadres.

*Le client est au centre de leurs préoccupations :*

Les intervenants adorent leurs contacts avec les gens ; cette proximité nourrit leur légitimité (« La passion du client malgré les restructurations ! »).

Plus encore, ils évoquent leur plaisir de voir ou de sentir la satisfaction de leurs clients (« La réussite de mes clients » ; « Des personnes contentes de nos services, ça n'a pas de prix ! »).

Pour y parvenir, ils affirment maintenir leur « réflexe de trouver les forces chez les clients » et, ce faisant, ils estiment « humaniser le système » qui, à leurs yeux, en a bien besoin. Croire en la profession les oblige à défendre sur deux plan leur travail : d'abord en affirmant fortement au besoin l'identité du TS (qui « se perd un peu quand

ton travail est déterminé par des commandes » ; mais surtout et toujours « continuer à défendre la clientèle ».

### *L'affirmation de l'identité professionnelle propre au travail social*

Être fier de la place du service social est une ambition partagée mais cela signifie pouvoir affirmer sa spécificité, ce qui n'est pas nécessairement facile face aux autres professionnels. Selon les témoignages recueillis le risque de confusion commence quand des gens disent « qu'on fait tous la même profession, que c'est seulement les tâches qui varient ». Il faut alors défendre la crédibilité de notre opinion professionnelle qui est distincte de celle des autres.

Cette référence au « nous collectif » propre au travail social ne se veut pas une fermeture car on revendique également polyvalence et ouverture (« on est pas coulé dans le béton ! »). Ainsi, une travailleuse sociale parlant de l'importance de prendre sa place comme TS dans un projet sur la collaboration interprofessionnelle et l'interdisciplinarité, souligne que « ce n'est pas toujours acquis ».

Ce sentiment d'appartenance à la profession implique qu'il faut garder une « préoccupation psychosociale et humaine malgré la pression » et « défendre la spécificité des tâches du TS versus celles du technicien en assistance sociale ou du psychologue.

### **• *Qu'est-ce qui doit absolument changer pour améliorer votre satisfaction à l'égard de votre pratique professionnelle (s'il y a lieu) ?***

Ici, la liste semble assez simple : du respect, un environnement professionnel plus compatible avec leurs attentes et des ressources qui permettent d'accomplir adéquatement leur travail.

Au plan professionnel, être capable de respecter la capacité des intervenants (« on a des limites ! ») et les considérer comme des professionnels autonomes et responsables constitue certainement une base de départ. Par la suite, une réelle consultation avant les prises de décision serait appréciée.

Mais, il faut aussi leur assurer un environnement professionnel adéquat prévoyant un accès à une supervision adaptée, de la formation pour rester à jour, plus de lieux

d'échanges entre collègues notamment ceux des autres services. À cela il faudrait aussi corriger le problème des locaux inadéquats et des ordinateurs qui ne fonctionnent pas bien.

Il faudrait aussi s'assurer que les programmes ne deviennent pas « comme des cases étanches » (« l'accès interprogrammes aux services est devenu difficile, par exemple à un éducateur d'enfance/jeunesse »), que leur CSSS n'adopte pas une « lecture de plus en plus médicale des problèmes des clients (on parle de *dysfonctionnements*) » et que le social ne soit pas discrédité.

Et puis, ils s'inquiètent que des clients continuent de « tomber entre deux chaises » par exemple en santé mentale (« on se demande où vont, après nos interventions, les clientèles qu'on ne dessert plus qu'à très court terme »).

- ***Les changements intervenus au cours des dernières années devraient favoriser une meilleure collaboration interprofessionnelle ; est-ce le cas ?***

Les réponses témoignent d'une mosaïque de positions et de vécus. Il y a des gains, le maintien d'acquis, des difficultés et des blocages, parfois indépendamment du CSSS où des variations importantes peuvent être observées selon les services.

Examinons d'abord le penchant « positif ». Une intervenante en oncologie, souligne que « c'est très facile, mais l'individu qui occupe le poste est très important ; par exemple, avec les médecins ça dépend de chacun ». Dans un autre CSSS, « on s'est donné un comité de pairs et cela devrait aider à mettre de l'avant ce qui nous distingue ». Ailleurs, une intervenante dit avoir « fait modifier la grille d'évaluation en santé mentale pour qu'elle reflète aussi nos critères ».

Là où cela se passait bien avant, en général « rien de changé ». Dans un CSSS, « c'est mieux à l'interne depuis la fusion ». Dans un autre établissement, « en milieu hospitalier, les TS défendent le respect de leurs collègues TS des programmes CLSC ». On note aussi des changements entre l'hôpital et le CHSLD « où on est plus vus. On fait davantage appel à nous pour plus de collaboration ». En psychiatrie, il y a des rencontres positives avec les psychiatres et avec les psychologues, « mais avec les éducateurs, c'est parfois difficile en DI ».

*Souhaitée, la collaboration interprofessionnelle se met difficilement en place*

Globalement, il n'y a pas de barrière à la collaboration interprofessionnelle car « on souhaiterait que cela se développe davantage dans notre équipe, mais ce n'est pas simple dans la mécanique, le comment faire. Et la collaboration entre établissements s'avère encore plus difficile ! » Pour plusieurs, l'interdisciplinarité demeure une « grande orientation dans le discours ».

Des problèmes d'envergure persistent pourtant. Par exemple, une personne dit ne pas pouvoir se situer entre « multi et interdisciplinarité, c'est enchevêtré ! » Ce qui n'aide pas la collaboration interprofessionnelle, c'est le temps requis pour consulter un collègue dans un contexte de pression constante et d'agendas bien remplis. L'évolution actuelle des rapports interprofessionnels n'aiderait pas, pour le moment, car la notion de tâches professionnelles partagées reste vague et on affirme que l'Ordre a « le devoir de rappeler nos rôles » dans un contexte où « la distinction entre TS et psychologue ne se fait pas ». Une travailleuse sociale un peu dépitée dit que si elle avait le choix de refaire sa carrière, elle ne choisirait plus le travail social car nos rôles ne sont pas assez bien définis. Sur ce, d'autres concluent qu'on doit absolument « prendre notre place sinon les autres l'occupent ».

- ***Aimeriez-vous que l'Ordre s'implique davantage autour des enjeux de transformation de votre pratique ? Comment voyez-vous cette intervention ?***

La réponse est claire : on souhaite partout que l'Ordre soit davantage présent dans les organisations, en région et visible sur la place publique (« On a l'impression que l'Ordre des psychologues est plus visible pour les enjeux reliés à notre clientèle ») :

- « OUI ! On est au bord du gouffre ! On souhaite que l'Ordre soit plus présent dans les milieux de pratique en organisant par exemple des rencontres midi » ;
- que l'Ordre prenne position « pour la population car c'est inadmissible la façon dont l'Agence de Montréal gère les transferts des personnes âgées



actuellement : quatre déplacements d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ! Il faut « nommer les conséquences et défendre la clientèle » ;

- « Travail de promotion : faire connaître les conditions de pratique. Il y a beaucoup de mobilité causée par les mauvaises conditions de pratique : 80 cas, c'est trop ! » ;
- « Faire alliance avec les autres professions qui vivent des choses assez semblables » ;
- « Promotion de notre expertise au plan professionnel, dans la semaine des TS par exemple ».

En conclusion, nous tenons à remercier chacune des personnes qui ont accepté de contribuer par leur témoignage ou leur assistance à l'organisation de cette démarche qui vise avant tout à favoriser le mieux-être des travailleurs sociaux eux-mêmes au service du bien-être de la population.

### **Recommandations**

Le Comité de la pratique en Centre de santé et de services sociaux désire rappeler brièvement les constats issus du dernier sondage et qui résument en quelque sorte le point de vue global exprimé par les membres consultés sur la réforme actuelle.

### ***Considérez-vous la réforme comme un succès ou un échec, ou [encore] quelque chose entre les deux ?***

Lors du sondage de 2008, nous demandions aux répondants de nous indiquer si, de leur point de vue la réforme en cours était un succès (6,9 %), un succès partiel (49,7 %), plutôt un échec (33,8 %) ou un échec (9,6 %). Comme on le constate, le résultat n'était guère excellent.

Par contre, les commentaires expliquant leur perception de la réforme exprimaient encore davantage de morosité :

	<b>Critiques/négatifs</b>	<b>Partagés</b>	<b>Favorables</b>	<b>Incertains/NSP</b>
Total : 108	81 (76 %)	15 (14 %)	6 (6 %)	6 (6 %)

Nous avons sélectionné quelques exemples de chacun de ces points de vue pour vous permettre de mieux saisir la position des répondants :

*Vision critique :*

- « Perte totale d'autonomie, disqualification du travail fait dans le passé, perte de reconnaissance de notre jugement professionnel, aucun souci de la qualité du service à rendre aux clients, gestion qui repose uniquement sur les statistiques, les cotes de l'agence à rencontrer et la disparition miraculeuse de la liste d'attente pour mesurer notre degré de performance sans aucune préoccupation de la qualité, de la continuité et de la durée nécessaire pour réussir un changement chez la clientèle. Changement drastique des tâches sans aucune concertation axée sur le rendement... mesuré comme je l'ai dit précédemment!!!! De plus, même dans l'attitude envers le personnel, nous sommes traités comme des enfants fautifs et gâtés à remettre à l'ordre!!! Mépris, gestion par privilège, semer la division, iniquité, dépersonnalisation (même à l'intérieur de nos bureaux respectifs)... ».
- La réforme a été discutée, mais non préparée. Nous nous trouvons devant le fait accompli de fusion et il y a confusion des rôles. Depuis deux ans, notre équipe de travail du SAD a vu passer 3 chefs de programme qui ont tous voulu bien faire et qui n'ont rien fait avancer du tout. Au contraire, on doit sans cesse se réorganiser après chaque départ, et on recommence, et on recommence à chaque nouvelle nomination de cadre. On met de l'énergie à s'adapter constamment à de nouveaux principes de travaux, à un nouveau chef de programme, etc., alors que notre but premier est d'offrir des services à la clientèle. Mais comment le faire adéquatement quand on ne fait que s'adapter à de nouveaux visages et à de nouvelles façons de travailler. Avec 15 ans d'expériences dans les services sociaux et toujours en mission CLSC, je peux dire que nous sommes plus loin en arrière aujourd'hui en système de santé et de services sociaux qu'il y a 15 ans. Et ça me heurte complètement. »
- « La collaboration inter établissements (CH-CHSLD-CLSC) souhaitée et souhaitable ne nécessitait pas une intégration administrative via une fusion sous

une même entité. Celle-ci entraîne une cohabitation forcée et peu productive des équipes des diverses missions, lesquelles réfèrent à des cultures d'intervention trop différentes qui mettront encore au moins 5 à 7 ans pour finir de s'approprier. La culture hospitalière l'emporte résolument sur les deux autres, et les budgets dévolus aux CSSS sont aspirés vers les CH dont les déficits se creusent d'année en année par manque de financement de l'État qui semble s'orienter avec cette réforme vers un recours accru au privé. Il en résulte une fragilisation de la mission préventive en santé et services sociaux, d'autant plus que celle-ci se trouve maintenant assumée de plus en plus sous l'égide de fondations privées qui tentent de dicter l'agenda des communautés locales. On observe également une tendance à la bureaucratisation encore plus marquée des établissements d'autant plus qu'elle se forge sous la pression des agences régionales trop grosses qui réclament une "reddition de comptes" faite de statistiques fondée sur le nombre de personnes vues, plutôt que sur une véritable qualité des services aux personnes et au développement des communautés. La collaboration avec les organismes communautaires sur une base de partenariat libre et égalitaire est compromise par la prolifération des ententes de services et le sous financement chronique de la plupart de ces organismes. Enfin, la culture de gestion des administrateurs fondée sur les orientations "scientistes" de l'ÉNAP inspirées des courants néolibéraux à la mode dans les entreprises privées ne fait qu'accroître les difficultés dans ce contexte où le rapport de la dominance médicale sur les autres professions, dont celles du social et en particulier du travail social, s'accroît. L'impact sur les "patients" vus comme des personnes individuelles à traiter ou à influencer en fonction de leurs habitudes de vie indépendamment de leur réseau social et des conditions de vie qui les déterminent fait obstacle à leur développement comme personne en relation avec leur environnement, dont la relation fait l'objet du travail social. C'est malheureux, il demeure cependant important comme T.S. d'être proactif et de ne pas cesser d'affirmer l'importance de "l'humain avant tout", même de l'idéologie économiste néolibérale qui structure la vie de nos institutions et de nos communautés. Un rôle de critique

social qu'il convient d'exercer résolument sur la base des valeurs qui fondent la profession. »

*Perceptions positives :*

- « Je vois qu'il y a certains progrès dans mon CSSS au niveau des relations entre le CLSC, le CH et le CHSLD, entre autre. Je considère que ce n'est que le début car les gestionnaires commencent à se stabiliser un peu plus, ce qui entraîne la possibilité d'initier et de faire le suivi de programmes, des changements et de projets à l'interne comme avec les partenaires. »
- « La clientèle peut maintenant bénéficier d'une continuité de services, en conservant le même intervenant social qu'elle soit à domicile ou au CH. Par ailleurs, cela exige que les intervenants sociaux se déplacent de milieu de travail et s'adaptent à deux établissements qui ont chacun une mission différente. On nous demande donc d'être polyvalents tout en étant expert. »

*Positions équilibrées (positif et négatif) :*

- « Les corridors de services sont plus clairs et la référence est facilitée pour les usagers. C'est au plan de l'appartenance que la faiblesse de la réforme se fait sentir et au plan de la lourdeur administrative pour la gestion des ressources matérielles, informatiques et humaines. »
- « Il y a amélioration de la concertation entre divers services et établissements, ce qui permet une meilleure communication pour une prise en charge adéquate du résidant. Cependant, la structure organisationnelle plus imposante, ne permet plus de prise de décision rapide et augmente les délais de mise en place d'initiatives pour améliorer l'harmonisation et la qualité des services offerts. Par exemples, cela fait 16 mois que les T.S. en CHSLD ont demandé un regroupement afin de briser l'isolement, obtenir un soutien clinique, harmoniser les pratiques et émettre des recommandations au besoin par des voies officielles. La demande est acceptée, mais toujours pas en place, car ce n'est pas la priorité et le CSSS exige qu'un directeur de CHSLD siège sur ce comité. La mise en place n'est pas prévue pour cette année. »

- « L'idée de base est bonne. Un réseau intégré est une bonne chose. Il faut cependant que les hôpitaux ne soient pas toujours au centre des décisions, du budget... »

*Positions incertaines :*

- « Le travail avec les partenaires est à parfaire et la responsabilité du CSSS à clarifier avec ces partenaires. Les besoins de la population sont aussi à valider et des services de proximités à développer (on est encore beaucoup sur des services offerts à une clientèle qui fait des demandes de services plus qu'une vraie approche populationnelle). »
- « Difficile pour moi de m'exprimer sur ce sujet, j'ai peu d'expérience et je ne suis pas certaine de bien comprendre ce que cette réforme a pu changer dans ma pratique (je pratique depuis seulement trois ans). »

Le Comité de la pratique en Centre de santé et de services sociaux soucieux d'apporter un certain nombre de pistes de solutions ne voulait pas se limiter à souligner la situation vécue par nos membres. C'est pourquoi il souhaite compléter son travail avec l'appui du conseil d'administration de l'Ordre.

*Le rôle des gestionnaires sociaux*

L'importance des aspects problématiques liés à la gestion des équipes et des services au sein des CSSS nous incite à proposer de creuser spécifiquement ces questions en nous adressant aux membres de l'Ordre assumant des fonctions de gestion dans les CSSS. Ils sont près de 300 selon les données de nos sondages 2006-2008.

Nous voulons d'abord explorer les pratiques de soutien de type clinique en organisant deux entrevues de groupe (une à Montréal et une à Québec, au début de 2010) avec une quinzaine de travailleurs sociaux gestionnaires en CSSS dans chacun de ces deux pôles pour explorer ce qui pose problème à leurs yeux et mettre en évidence leurs bonnes pratiques, que nous pourrions ensuite recommander aux autres CSSS. Mme Marie-Andrée Laramée, du CSSS de Laval, participera à cette démarche avec M. Claude Larivière.

Par ailleurs, une meilleure gestion des services sociaux nécessite que nous examinions avec les coordonnateurs et directeurs de programmes ainsi que des cadres supérieurs des CSSS la place que peuvent occuper les cadres sociaux dans ce type d'établissements afin de mettre en valeur l'importance des déterminants sociaux de la santé. Ces aspects plus politiques et en lien avec la dimension des communications seront également abordés lors de deux entrevues de groupe, une menée à Montréal et l'autre à Québec, par M. Claude Larivière et Mme Thérèse Viel du CSSS de la Vieille Capitale, au début de 2010.

Cet éclairage complémentaire permettrait à la fois de confirmer l'ampleur des problèmes suscités par le mode de gestion actuel et de développer une stratégie axée sur le potentiel dans chaque CSSS d'une alliance conjointe des intervenants et des gestionnaires sociaux.

L'AQESSS devra impérativement être interpellée puisqu'elle constitue la structure de regroupement des établissements et qu'elle organise un colloque sur la gestion des ressources humaines au début de 2010.

Les membres de l'Ordre qui ont contribué à cette démarche et aux questionnaires en ligne nous ont en quelque sorte confié la mission de les représenter et de rendre publique leur souffrance et leurs espoirs. Il nous faudra élaborer une approche de restitution des résultats sous la forme d'un rapport global retraçant l'ensemble des données recueillies depuis 2006. Ce document sera déposé au conseil d'administration de l'Ordre en mars 2010.

Les travailleurs sociaux font de leur mieux et assurent des services de qualité professionnelle dans un contexte difficile. La population aimerait sans doute connaître la perception que les travailleurs sociaux ont de la situation actuelle et ce qu'il faudrait faire pour qu'ils puissent faire davantage. Encore là, il faudra choisir un moment opportun et des moyens appropriés pour la rejoindre.

## **Annexe 1 : Liste des participants**

Saint-Léonard et Saint-Michel : Valérie Bienvenue, Céline Bureau, Thérèse Eustache, Maryline Griffin, Denise Houde, Anja Juul, Marie-Regina Melo, Anjela Rara, Nathalie Ratele, Denise Tardif et Serge Veilleux.

Institut universitaire de gériatrie : Catherine Aubert, David Bergeron, Josée Bergeron, Mylène Boisvert, Annie Bouchard, Annick Bouvier, Geneviève Canuel, Geneviève Corriveau, Johanne Delage, Lise Gauthier, Marie-Josée Hamilton, Andréanne Lamarche, Roxanne Lapointe, Danielle Lavigne, Jasmine Neil et Louise Rondeau.

Vieille Capitale : Luce-Gabrielle Bouchard, Marie-Andrée Caron, Marie-Claude Caron, Nancy Côté (personne-ressource et conseillère clinique), Martine Falardeau, Jean Fortin, Geneviève Garneau, Geneviève Héon, Sandra Lavigne, Guylaine Paquin, Line Paré, Geneviève Rhéaume, Marlène Saint-Onge et Louise Tapp.

Charlevoix : Mylène Briand, Anne-Pierre Gagnon, Isabelle Labbé, Brigitte La Salle, Louise Maltais, Nathalie Pelletier, Alexandra Racine, Marie-Claude Rioux, Marie-France Thibodeau et Christine Tremblay.