



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

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

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

Claude Larivière, Ph. D., travailleur social

Comité de la pratique en
Centre de santé et de services sociaux de l'OTSTCFQ

Novembre 2010

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ET METHODOLOGIE	1
Les principaux résultats du sondage en ligne de 2006.....	2
Les principaux résultats du sondage en ligne de 2007.....	5
Les principaux résultats du sondage en ligne de 2008.....	7
Les entrevues de groupe de 2009.....	9
Le sondage auprès des gestionnaires sociaux en 2010.....	13
Notre analyse globale de la transformation et de ses impacts	29
Références	34
ANNEXE 1 : Méthodologie.....	35

Introduction et méthodologie

Préoccupé par les impacts possibles de la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), à l'occasion de l'importante restructuration mise en place entre 2003 et 2004 par le gouvernement, l'Ordre a créé le *Comité de la pratique en CSSS* afin de suivre l'évolution de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux¹¹. Il faut rappeler ici l'importance de ce secteur de pratique parmi les membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) puisque 3 555 travailleurs sociaux y sont employés, soit 66 % de l'ensemble des membres travaillant dans le réseau public en date du 31 mars 2010.

Ce comité, formé en février 2005, est 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 (maintenant retraitée) et Thérèse Viel, du CSSS de la Vieille Capitale ainsi que de Claude Larivière, de l'École de service social de l'Université de Montréal. Il termine son mandat en déposant au Conseil d'administration de l'Ordre ce rapport synthèse de ses travaux de collecte de données.

Le Comité a mené trois sondages en ligne (2006, 2007, 2008), quatre entrevues de groupe dans autant de CSSS (2009) et a effectué une collecte de données par un questionnaire destiné spécifiquement aux gestionnaires sociaux qui encadrent les programmes et les intervenants (2010).

Évidemment, la situation a évolué progressivement entre 2006 et 2010 : après un démarrage plutôt lent pendant lequel les interrogations étaient plus grandes que les réponses, la mise en place du projet clinique par les CSSS et la restructuration de la dispensation des services (regroupement d'unités, transfert de personnel, formation de nouvelles équipes, etc.) ont amplifié l'impact de cette restructuration du réseau.

Il nous est apparu important de rédiger ce rapport synthèse pour exprimer la préoccupation que porte l'Ordre à l'égard de ses membres et des services qu'ils rendent à la clientèle des CSSS et à la population du Québec qui soutient ces organisations par

ses taxes. Nous avons aussi le devoir de rapporter publiquement ce que nous ont confié des centaines de personnes entre 2007 et 2010.

Dans un premier temps, nous reprendrons les grandes lignes de ce qui nous a été dit dans chacune des cinq opérations de collecte de données. Les aspects méthodologiques sont expliqués dans les différents rapports annuels rédigés par le Comité pour l'Ordre et nous avons opté ici pour reléguer en annexe les grands éléments afin d'alléger la lecture de ce rapport synthèse.

Nous serons brefs et mettrons l'accent sur l'essentiel. Par la suite, nous tenterons de dresser un portrait global de la situation telle que nous la percevons ; cette analyse tracera certains parallèles avec les constats du Comité sur l'évaluation des réseaux locaux de services du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2010).

Les principaux résultats du sondage en ligne de 2006

Les répondants se disent informés (82,3 %) du fait que leur CSSS devait préparer un projet clinique, mais seulement 55,6 % se disent consultés individuellement ou en équipe sur cette démarche et 51,1 % savaient où leur établissement était rendu dans ce processus.

Les répondants estiment que la restructuration a eu un effet « passablement ou énormément important sur leur contexte de travail » (61,6 %), soient 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. Cela signifie que la restructuration génère alors des effets secondaires indésirables qui risquent d'atténuer ou d'annuler les effets positifs recherchés (accessibilité, continuité des services). L'impact est immédiat et probablement durable alors que les bénéfices se matérialiseront probablement à moyen terme.

Un impact (négatif) mesurable est l'effet stressant de l'évolution du contexte de travail vécu par 55,2 % des répondants des travailleurs sociaux en CSSS. L'impact sur leurs conditions de travail et leur cheminement de carrière demeure encore résiduel. Dans un cas, la transformation des unités d'accréditation se poursuit alors que pour l'autre, l'effet véritable ne sera mesurable qu'à long terme.

Dans le contexte de la restructuration, 58,2 % des travailleurs sociaux disent éprouver des difficultés nouvelles reliées à cette transformation et trois dimensions sont particulièrement soulignées :

- manque d'information (69,1 %) ;
- faible sentiment d'appartenance organisationnelle (67,1 %) ;
- style de gestion qui ne répond pas à leurs attentes (66,0 %).
- Ces aspects dénotent certainement des problèmes et 47,6 % des travailleurs sociaux croient que les changements intervenus au cours des deux dernières années ont affecté leur identité professionnelle.

Nous voulions éviter que ce sondage ne permette que l'expression de difficultés vécues en raison du changement et identifier des pistes concrètes de solutions qui pourraient inspirer les gestionnaires des CSSS ainsi que mobiliser les travailleurs sociaux eux-mêmes. Pour atteindre cet objectif, nous avons ajouté une question ouverte à la fin de ce sondage en ligne : « Quel est le changement réalisable à court terme (un an) qui pourrait améliorer sensiblement votre niveau de satisfaction au travail ? » L'analyse complète des réponses fournies à cette question qualitative nous apprend beaucoup de choses sur les sensibilités et préoccupations des travailleurs sociaux des CSSS en raison d'un fort taux de réponse.

Les réponses analysées sont en lien avec trois dimensions complémentaires :

- La *dimension intrapersonnelle* fait référence aux interactions entre la personne (notamment les valeurs personnelles qui influencent sa perception de la situation et l'aident à déterminer ses priorités) et les formes de son insertion dans l'organisation (la tâche professionnelle à accomplir et l'autonomie dont elle dispose). Ces facteurs interdépendants jouent un rôle déterminant pour des intervenants professionnels et tous les commentaires exprimés au sujet de l'actuelle restructuration comportent une connotation critique, comme le résume bien ce témoignage : « Dans le contexte actuel où la bureaucratie devient de plus en plus lourde [...]. La restructuration du réseau s'est faite sans notre appui et, [...] nous n'avons pas été consultés et les décisions étaient et

sont encore toutes prises d'avance. Dans un contexte comme celui-là, il devient très difficile de maintenir un sentiment de satisfaction. »

- La *dimension interpersonnelle* repose sur les relations que l'on retrouve dans un milieu de travail : le supérieur immédiat, l'équipe de travail et les relations interdisciplinaires. Plusieurs répondants entretiennent des attentes d'améliorations au fonctionnement de leur équipe de travail comme en font foi cette sélection des commentaires recueillis : « Avoir des réunions d'équipe », « avoir une équipe plus solide », du « travail d'équipe mieux organisé (quasi inexistant) », « plus de solidarité dans l'équipe » et « développer une meilleure collaboration entre professionnels et autres employés ».
- La *dimension organisationnelle* regroupe tous les autres facteurs en lien avec le milieu de travail : la gestion du changement, le style de gestion de l'organisation, les ressources disponibles (humaines et matérielles), la gestion des processus (l'organisation du travail, la formation, l'accès à l'information, les relations avec les partenaires) et les efforts consentis pour soutenir le personnel (gestion du stress et aménagement du temps de travail, gestion du temps, soutien et supervision, reconnaissance professionnelle). Cette dimension aborde également les relations entre l'organisation et son milieu. Avec plus d'une centaine de commentaires formulés, l'organisation du travail constitue l'aspect qui provoque le plus de réactions des répondants. Différents facteurs explicatifs sont évoqués, notamment le manque de stabilité vécue par un pourcentage significatif de travailleurs sociaux, des besoins non satisfaits de soutien et d'encadrement, le souhait d'avoir des tâches mieux définies et davantage de possibilités de développer leurs carrières, la recherche de flexibilité, de reconnaissance accrue et d'équité.

Le style de gestion de l'organisation et de ses cadres a également soulevé de multiples commentaires et illustre à quel point la restructuration actuelle contribue à la détérioration du fonctionnement de plusieurs établissements. La question la plus sensible est certes celle des relations entre les employés et les gestionnaires. Évidemment, il y aura toujours des personnes pour penser qu'il y a « beaucoup trop de

cadres pour le nombre d'employés », mais ce qui dérange davantage c'est la tendance de certains gestionnaires à ne pas reconnaître leurs faiblesses cliniques et professionnelles, comme si ce qu'ils ont à gérer était moins important que le processus lui-même.

La consultation et la participation constituent un autre aspect sensible du style de gestion. Les membres du personnel souhaitent être consultés comme professionnels cliniques pour les décisions clinico-administratives qui les concernent alors qu'ils ont l'impression que les gestionnaires travaillent en « vase clos ». Comment souhaiteraient-ils y parvenir ? Notamment par une implication dans des comités de travail, mais à la condition que ceux-ci ne soient pas « bidons » et utilisés pour justifier a posteriori des décisions déjà engagées : « L'organisation nous demande de nous impliquer dans des comités une fois qu'elle nous a informés que des décisions ont été prises ». On signale aussi des « écarts entre le discours ([plutôt] stimulant et motivant) » et la pratique (« L'impact chez les travailleurs est prévisible : baisse de motivation, faible sentiment d'appartenance, repli sur soi, isolement »).

Dans un contexte où le changement devient la règle, le pilotage de celui-ci constitue un enjeu d'importance. Or, de toute évidence si on se fie aux nombreux commentaires formulés, dans plusieurs CSSS, les gestionnaires semblent peu habiles à concilier la maîtrise des changements avec la gestion courante de l'organisation. L'allongement de la période de changement contribue à créer plus de malaise et d'incertitude.

Les principaux résultats du sondage en ligne de 2007

Le second sondage effectué pour cette étude reprenait la plupart des questions afin de mesurer l'évolution d'une année à l'autre et y intégrait quelques nouvelles. Il s'agissait essentiellement de trois questions ouvertes, pour nous permettre d'approfondir 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 (des « bons coups ») qui se déroulent dans votre organisation et dont vos collègues pourraient s'inspirer ?*

Ces ajouts ont permis de nuancer et de mieux interpréter les résultats quantitatifs.

Au sujet de l'information reçue sur l'élaboration du projet clinique de leur CSSS, le niveau des répondants qui se disent consultés individuellement ou en équipe sur cette démarche demeure relativement constante (56,1 %) mais seulement 48,3 % trouvent cette information suffisante (- 13,6 % par rapport à l'année précédente) bien qu'elle leur semble davantage pertinente (77,4 %). Avec le début de la transformation des équipes, les répondants observent une diminution du nombre de supérieurs immédiats qui possèdent une même formation professionnelle qu'eux (ils forment 40,3 % des répondants, soit 4,5 % de moins que l'année précédente).

Les répondants estiment que la restructuration a eu un impact « passablement ou énormément important sur leur contexte de travail » (selon 74,1 % d'entre eux, soit une augmentation de 12,5 % par rapport à l'année précédente), notamment à l'égard de leurs relations avec l'entourage professionnel, du style de gestion de l'établissement où ils travaillent, de la présence ou de l'absence d'encadrement et des aspects bureaucratiques du fonctionnement du CSSS. Fait nouveau, l'impact de la restructuration sur les tâches (nature, envergure, responsabilité) augmente de 16 % : en 2007, la restructuration ne touche plus seulement les structures, mais également l'organisation du travail et les pratiques professionnelles.

L'impact se mesure également par l'accroissement de l'effet stressant de ces changements en lien avec 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 restructuration sur leurs tâches (+ 6 %).

Nous avons ensuite demandé de préciser ces « difficultés nouvelles » perçues par 68,6 % des travailleurs sociaux, soit 10 % de plus que l'année précédente. Deux facteurs sont soulignés par au moins les deux tiers d'entre eux : tout d'abord, ils s'estiment mal informés de ce qui se passe dans leur organisation et ce constat est plus global que sur le seul projet clinique. Ensuite, ils affirment que le style de gestion ne

répond pas à leurs attentes. En conséquence, leur sentiment d'appartenance organisationnelle s'affaiblit.

Nous avons ensuite voulu savoir si les changements intervenus au cours des deux dernières années ont affecté l'identité professionnelle de nos répondants : oui, nous confirment plus de 58,5 % d'entre eux (11 % de plus que l'année précédente). Questionnés sur leurs besoins de développement professionnel, les travailleurs sociaux en CSSS nous disent que leur plus grande préoccupation demeure l'obtention d'une supervision clinique ou professionnelle **régulière**.

Les principaux résultats du sondage en ligne de 2008

Le troisième sondage diffère un peu des deux précédents puisqu'il tenait compte du fait que le processus de transformation continuait d'évoluer. Nous avons ajouté des questions mesurant l'impact du projet clinique du CSSS sur la pratique professionnelle, sur la contribution potentielle des travailleurs sociaux aux réseaux locaux que doivent animer les CSSS et sur ce qui les affecte le plus entre « trop de changements ou des changements trop rapides ».

À la question « Votre CSSS a-t-il complété son projet clinique ? », les réponses obtenues montrent que la situation varie grandement d'un CSSS à l'autre et que quatre ans après le début de la restructuration les progrès dans l'intégration des pratiques demeurent partiels :

	N	%
Oui	83	16,0 %
En grande partie	115	22,1 %
Sur papier, mais pas encore en application	72	13,9 %
Défini et partiellement appliqué	65	12,5 %
Non	73	14,1 %
Ne sais pas	111	21,4 %
Total	519	100 %

Ce projet clinique détermine-t-il la pratique professionnelle des travailleurs sociaux ?
Chez les 198 personnes qui ont répondu par l'affirmative ou encore « en grande partie »

à la question précédente, seulement 145 acceptent de se prononcer sur l'impact encadrant de ce projet clinique. « Oui » nous répondent une majorité d'entre elles (61,4 %) alors que 20 % disent « non » et que presque autant de personnes disent ne pas le savoir (18,6 %). Par ailleurs, une nette majorité (84,1 %) se sent à l'aise pour intervenir et jouer un rôle significatif dans les réseaux locaux de services que doit animer leur CSSS.

Nous avons ensuite voulu savoir si la restructuration a eu un impact sur une ou plusieurs dimensions de leur activité professionnelle. C'est davantage leur contexte de travail qui est affecté (pour 65,5 % d'entre eux, en baisse de 8,6 % sur l'année précédente) puis leurs tâches (58,6 %) et finalement leur identité professionnelle (41,3 %). Quant aux effets stressants, ils se maintiennent et sont principalement reliés au contexte de travail (57,1 %), à l'impact sur leurs tâches (48,9 %) et sur leur identité professionnelle (43,3 %).

Les deux tiers des répondants (67,6 %) disent éprouver des difficultés nouvelles reliées à la transformation, résultat identique à celui de l'année précédente. Ce qui les affecte le plus ? Des changements trop rapides (69,6 %), trop de changements (66,2 %), le fait de ne pas disposer du temps pour intégrer le changement avant de passer à un autre (60,0 %) et des objectifs pas suffisamment expliqués (52,4 %).

Parmi les situations vécues qui dérangent le plus, citons le fait d'être « mal informé de ce qui se passe » (59,3 %, constat toujours présent depuis 2006), « le style de gestion [qui] ne répond pas à mes attentes » (53,0 %, ça aussi c'est assez constant) avec comme conséquence, comme les années précédentes que leur « sentiment d'appartenance organisationnelle est faible » (50,4 %). Par contre, nous assistons à l'émergence de facteurs nouveaux : « surcharge de travail (charge de cas) » chez 48,9 % des répondants, le fait que leur « employeur offre peu de possibilités d'augmenter [leur] expertise » (44,1 %), « le respect de la confidentialité (locaux partagés) [qui] n'est pas assuré » (40,0 %), le fait que « des contraintes sont imposées quant à la nature de [leurs] interventions » et qu'ils doivent pour plusieurs d'entre eux « gérer une liste d'attente » (36,6 %). De façon générale, nous avons l'impression que les conditions d'exercice de leur travail professionnel tendent à se dégrader.

Si 59,3 % des répondants croient que les changements intervenus au cours des deux dernières années ont affecté leur identité professionnelle (résultat constant par rapport à l'année précédente) seulement 40,0 % affirment que les changements intervenus favorisent une meilleure collaboration interprofessionnelle.

L'ensemble de ces opinions explique qu'à la question évaluative globale « Estimez-vous que la restructuration en cours est... ? », 6,9 % répondent qu'elle est un succès ; 49,7 % l'évaluent comme un « succès partiel », alors que pour 33,8 % elle constitue « plutôt un échec » et que 9,6 % la considèrent *de facto* comme un échec. Évidemment, ces réponses reflètent leur vécu collectif alors qu'ils se répartissent dans 95 CSSS où la situation peut différer d'une direction à l'autre.

Les entrevues de groupe de 2009

Le comité a senti le besoin d'approfondir sa connaissance de ces impacts sur la pratique des travailleurs sociaux en menant des entrevues de groupe auprès des praticiens intéressés à interagir collectivement en témoignant de leur vécu. C'est ce qui nous a conduits à créer un échantillon représentatif des différents types de CSSS et à mener quatre entrevues de groupe.

Le premier constat porte sur l'ampleur des changements vécus : bien que la situation varie d'un CSSS à l'autre, la moitié des intervenants sociaux ont changé d'affectation (tâches, programmes, services), changements plus souvent forcés que souhaités. Si on ajoute l'arrivée de nouveaux employés suite aux départs à la retraite, c'est plus de 70 % des personnes qui accomplissent des tâches modifiées ou nouvelles.

Les gestionnaires doivent suivre la règle syndicale de l'ancienneté, ce qui fait que l'expertise spécifique développée au fil des années de pratique ne peut pas toujours être prise en compte. Autre aspect inquiétant, 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.

La création des nouvelles entités plus grandes à gérer a nécessité la mise en place de véritables directions intermédiaires entre le sommet stratégique (la direction générale et

les cadres supérieurs) et les supérieurs immédiats des intervenants. Le mixage de programmes sanitaires et sociaux nécessite des gestionnaires capables d'ouverture et de compréhension des pratiques psycho-sociales.

Au niveau des supérieurs immédiats, ceux-ci ont beaucoup plus de responsabilités que de pouvoir décisionnel et souvent l'instabilité est la règle dans l'occupation des postes cadres, bien que cela ne soit pas le cas partout. Ce va et vient des cadres insécurise, mais il arrive que leur absence complète force les intervenants à se prendre davantage en mains solution qui peut convenir pour les aspects cliniques, mais fragilise le règlement des problèmes administratifs qui se produisent fréquemment dans une organisation en changement.

L'autre aspect important de ce contexte de restructuration c'est la mobilisation des gestionnaires dans des tâches de processus plutôt d'encadrement et de soutien à leur équipe, ce qui réduit d'autant leur crédibilité et leur utilité du point de vue du personnel.

Pour beaucoup de gestionnaires, l'encadrement se résume au contrôle statistique de la performance pour respecter les ententes de gestion. Cela se traduit aussi par une pression pour voir plus de clients, même s'il en résulte une moindre qualité de l'intervention clinique.

Pour le personnel cet accent mis sur la productivité signifie qu'on leur demande de faire plus alors même qu'on leur donne moins de soutien. Ce tournant « quantité versus qualité » reflète le fait que les ententes de gestion ne comportent pas d'objectifs de qualité puisque celle-ci se mesure difficilement. 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 sur la qualité des interventions.

S'il y a encore de bons gestionnaires, motivés, avec de la bonne volonté, la surcharge de travail à laquelle ils sont soumis et l'impossibilité de prendre des décisions directes sans avoir reçu l'aval de leur patron les découragent souvent. Le clivage se creuse très nettement dans la plupart des organisations entre la tête et la base des CSSS.

L'instabilité des gestionnaires est ressentie comme la règle plutôt que l'exception et cela n'est pas sans conséquence. Des 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 n'auront pas le temps d'aller voir ce qui se faisait auparavant.

Mis à part une poignée de témoignages concernant tous des travailleurs sociaux exerçant une gestion de type humaniste, 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 gestionnaires se sont éloignés de leur personnel, car ils sont trop occupés. Généralement peu présents, ils ne peuvent offrir du soutien au plan clinique ni se préoccuper du développement de leurs ressources humaines.

Au niveau de projet du CSSS, il n'est plus guère partagé parce que les intervenants ne trouvent pas leur place dans cet ensemble, qu'il y a un manque important de cohérence entre le discours et la pratique. Partout la taille de la nouvelle structure se traduit par un affaiblissement du lien (sentiment d'appartenance) entre l'organisation et son personnel.

Le travail professionnel est davantage sous pression, car le rythme de travail a changé, les cas seraient « plus lourds » avec, dans maints services, une durée de séjour ou d'intervention plus courte.

Le sentiment profond qui ressort des entrevues de groupe est que de façon globale, car il y a des exceptions, on se préoccupe peu chez les gestionnaires 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.

La situation au niveau du soutien et de la supervision constitue un domaine 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. Des CSSS ont créé des postes de coordonnateurs cliniques et des rencontres d'équipe qui limitent l'isolement professionnel. Dans d'autres CSSS, on se limite à une rencontre clinique aux deux mois, sans gestionnaire, pour discuter de cas, d'outils et partager les informations, ce qui est perçu comme une forme d'abandon.

L'importance de consacrer moins de temps pour chaque client fait que l'intervention court terme est devenue la règle. Dans certains programmes, l'intervention semble presque « chronométré ». 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 ont des besoins plus complexes. Le fardeau de travail tend à s'alourdir avec des charges de cas qui sont passées de 35 à 45 clients, avec une pointe de 90 cas dans certains services (où on note beaucoup d'épuisement).

Les changements s'accompagnent assez souvent de conditions matérielles difficiles : interventions téléphoniques dans des aires ouvertes (pour quatre ou cinq personnes) en présence de collègues qui entendent tout, pas de place pour accueillir les stagiaires et, dans certaines organisations, des praticiens qui ne savent pas en arrivant le matin où ils seront logés, leur bureau prenant la forme d'une boîte vocale. La question des ordinateurs génère aussi nombre de frustrations, car ils sont décrits comme désuets et fonctionnent mal ; parfois une équipe doit se les partager.

Quant à la mise en place des réseaux locaux de services, elle se ferait au détriment des anciennes forces des CLSC : importance de la prévention, bon équilibre et complémentarité entre le social et le sanitaire, travail avec la communauté.

Les nouveaux CSSS ont intégré des cultures très différentes et 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.

Le climat repose souvent sur eux en l'absence des gestionnaires. Cette distanciation des cadres pose fréquemment problème, car elle génère des tensions entre collègues et 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.

Le sondage auprès des gestionnaires sociaux en 2010

Pour mieux saisir comment des travailleurs sociaux en situation de gestion clinique (conseiller clinique, superviseur, adjoint et coordonnateur clinique) ou administrative (chargé d'administration de programmes, directeurs) voient les transformations actuelles, nous avons invité les 300 travailleurs sociaux, membres de l'Ordre qui assument ces fonctions en CSSS à répondre à un questionnaire adapté.

Nous présenterons ici les résultats sous la forme de tableaux intégrés, pour les neuf dimensions abordées, en distinguant les points de vue exprimés par chacun des deux types de gestionnaires, ainsi que les cadres supérieurs. Compte tenu de l'ampleur des réponses exprimées, nous retiendrons les principaux points de vue.

Considérez-vous la restructuration comme un succès ou un échec ou quelque chose entre les deux ?

• Gestion clinique

Près de la moitié des répondants croient qu'elle se situe entre un succès et un échec. Parmi les facteurs positifs, mentionnons l'harmonisation accrue de l'offre de services et un accroissement des ressources internes de soutien aux professionnels, un meilleur « réseautage » (notamment en santé mentale). Mais les pertes sont nombreuses : esprit d'appartenance, proximité et horizontalité des liens, sentiment de prise sur son travail, distance accrue entre les équipes de services à la clientèle et la direction.

Viennent ensuite ceux qui perçoivent plus négativement que positivement la restructuration en raison de la création de mégastructures (très long avant d'avoir des réponses, difficile de savoir qui fait quoi), des grosses équipes à gérer (souvent sur plus d'un site), d'où un épuisement et du roulement alors que les problèmes d'avant sont toujours là. On signale également la perte de la « couleur » locale et des services qui répondaient aussi aux besoins spécifiques d'une communauté, ce qui était le propre des CLSC.

- ***Gestion hiérarchique***

Les gestionnaires sont relativement partagés considérant que la restructuration est à la fois un succès et un échec. Les aspects positifs évoqués sont toutefois moins nombreux : harmonisation des services à la clientèle, développement de programmes clientèles, amélioration des relations partenariales avec le réseau et le communautaire, efforts pour développer la collaboration interprofessionnelle, l'obligation de mettre en place le projet clinique, augmentation des services offerts dans la communauté en soutien à domicile et en service de soutien d'intensité variable en santé mentale, service de crise.

Ils sont contre balancés par de multiples effets négatifs : recul pour les services psychosociaux, car il s'agit d'une restructuration développée en fonction des services de santé, grosses structures qui demandent beaucoup d'ajustements, fusions des cultures organisationnelles non finalisées. À cela s'ajoutent selon nos répondants les ententes avec les partenaires qui restent à concrétiser dans plusieurs milieux, une répartition budgétaire inégale, des enjeux politiques importants, un repli sur soi des organisations qui ne favorisent pas le partenariat, des bris de services pour la clientèle, une charge de 50 à 55 dossiers par travailleur social et moins de suivis, des délais très longs pour l'accès aux services en ergothérapie, des gestionnaires moins disponibles, l'ajout d'un pallier hiérarchique, des problématiques laissées pour compte (santé mentale, déficience intellectuelle), une organisation des services axée davantage sur des logiques financières et administratives que sur les besoins de la population (moins de sites de services qu'avant la restructuration), des clientèles ciblées mieux desservies, mais au détriment des autres clientèles et une bureaucratisation excessive de l'organisation des services.

Comme on le constate assez facilement, les positions des uns et des autres se ressemblent lorsqu'il s'agit de formuler un avis global. Par contre, des nuances significatives apparaissent ensuite lorsque les questions se font plus précises.

En ce qui concerne les cadres supérieurs, au nombre de six parmi nos répondants, ils considèrent la restructuration davantage comme un succès qu'un échec même si certaines limites doivent être reconnues : établissements hospitaliers non intégrés à

Montréal, cultures organisationnelles disparates, ententes avec les partenaires encore à établir, répartition budgétaire inégale ou insatisfaisante selon les régions et encore beaucoup de résistance.

Les enjeux politiques font que chaque groupe d'acteurs met en place ses stratégies pour obtenir ce qu'il considère important pour lui. Par contre, il y a des progrès dans l'accessibilité (sauf pour les urgences). Au niveau de la continuité, la collaboration post-hospitalisation et post-opératoire avec les services ambulatoires ou le soutien à domicile dans les CSSS où il y a un hôpital est facilitée avec la fusion.

Il semble qu'il existe des changements significatifs au niveau des gestionnaires et du *style de gestion*. *Qu'en est-il chez vous ?*

• **Gestion clinique**

Certains coordonnateurs et superviseurs cliniques ont tenu à se démarquer des gestionnaires, leur rôle étant davantage axé sur le soutien clinique. À l'égard de la gestion des CSSS, ils soulignent nettement son alourdissement et son éloignement de leurs préoccupations et de celles des intervenants :

- l'attention est mise sur l'organisation structurelle de l'établissement, avec une multiplication des niveaux de décision et un éloignement des préoccupations quotidiennes des intervenants en termes de soutien clinique et administratif qui provoque une perte du sentiment d'appartenance ;
- changement significatif : on a maintenant une approche centrée sur le rendement (mesure de la performance et reddition de comptes). Plus de contrôle et mécanismes de gestion plus compliqués, avec des procédures lourdes. Le gestionnaire redescend aux équipes les décisions qui ont été prises plus haut, par une instance à laquelle il n'a pas participé. Il lui est difficile de rapporter plus haut ses difficultés ou le pouls des équipes. Les directeurs sont dans un autre site et ne sont à peu près plus en contact avec des intervenants directs ou avec de la clientèle. Il reste peu de place pour un style de gestion personnalisé pour les cadres intermédiaires. Les prises de décisions sont alourdies par un processus décisionnel centralisé et le roulement des cadres est important.

Presque tous les gestionnaires cliniques sont des infirmières et certains gestionnaires n'ont pas de formation clinique.

Le remplacement des cultures d'origine (en particulier celle des CLSC : proximité cadres/équipes, convivialité, polyvalence, préoccupation pour la prévention, travail avec le milieu) par l'anonymat des mégastructures plus hiérarchisées et bureaucratiques est à toutes fins pratiques réalisé dans une grande majorité de CSSS. Le deuil semble se faire, mais au coût d'une perte significative de l'implication et du sentiment d'appartenance du personnel.

• **Gestion hiérarchique**

Presque tous les cadres soulignent des modifications significatives qui prennent différentes formes :

- gestion à distance avec des membres de l'équipe répartis sur plusieurs sites, volume augmenté des équipes, implantation de programmes, transformation des pratiques professionnelles, gestion du changement, vision populationnelle, développement de réseaux intégrés de services : la charge de travail des cadres intermédiaires a beaucoup augmenté donc moins de disponibilité et diminution de l'encadrement alors que le rôle des cadres de plus en plus dévalorisé ;
- changements de gestionnaires : prise de retraite pour les uns, départs pour les autres, donc des gestionnaires jeunes et sans ou avec peu d'expérience pour les cadres intermédiaires, souvent autoritaires ;

Bref, pour les répondants leur travail s'avère beaucoup plus difficile, ce qui explique que certains d'entre eux l'abandonnent pour lui préférer un retour à des tâches professionnelles ou même laisser le réseau public. De façon générale, ils ne sont guères préparés à gérer dans ce nouveau contexte et en particulier le changement. Ils font toutefois de leur mieux dans les circonstances.

On le constate aisément, leur point de vue n'est pas ici sensiblement différent de ce que rapportent les intervenants et les gestionnaires cliniques. Si la grande majorité accepte le volet de la reddition de comptes et la recherche d'une efficacité accrue, tous

admettent que l'orientation actuelle se traduit par des pertes et des difficultés importantes qui annulent très souvent les bénéfices escomptés par la restructuration.

Les cadres supérieurs soulignent le fait que les cadres intermédiaires actuels sont jeunes et possèdent peu d'expérience dans un contexte marqué par bon nombre de changements de poste. Pour être dans l'esprit de la restructuration, on ne peut pas gérer en silo, ce qui était presque la norme auparavant. Or, les CHSLD fusionnés continuent à vouloir être des établissements fermés sur eux-mêmes et les intervenants dans les hôpitaux ne sont pas encore ouverts sur la communauté. Ailleurs, les gestionnaires sont de plus en plus souvent des professionnels ayant une solide expérience dans les programmes-services.

La responsabilité populationnelle entraîne plusieurs nouveaux mandats sans budget (toujours faire plus avec moins) dans un environnement où il y a rareté de main-d'œuvre et des transferts de la deuxième ligne en première ligne qui font beaucoup de pression sur les services. Le nombre d'employés par cadre augmente sans cesse. La reddition de compte pose la question : N'est-il pas normal de maximiser les processus d'opération ? Toutes ces considérations demeurent encore inacceptables pour plusieurs dans le réseau, et surtout chez les intervenants. D'autre part, certains gestionnaires ne savent pas vraiment comment gérer un changement.

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 ?

- **Gestion clinique**

Une nette majorité de personnes rapportent que le climat s'est détérioré depuis cinq ans. Ceux qui rapportent qu'il s'est amélioré dans leur CSSS expliquent que cela est en lien avec une approche plus axée sur le développement des compétences (accent mis sur la supervision clinique, la formation), l'embauche des nouveaux gestionnaires, une direction générale favorisant plus de participation et de soutien social, le goût des défis et un peu plus de stabilité après cinq ans de chambardements. Par contre, les impératifs de l'Agence quant au nombre d'utilisateurs à voir par année compromettent le climat de travail, démotivent les gens de terrain et fragilisent la mobilisation du personnel.

Ceux qui disent que le climat de travail s'est détérioré relient ce fait à de multiples facteurs :

Les intervenants se sentent laissés à eux-mêmes et il y a peu d'encadrement et de support clinique alors que les chefs d'administration de programme ne sont pas disponibles et que le taux de roulement de personnel empêche les équipes de bien fonctionner. L'exigence du rendement, l'encadrement accru des programmes créent des frustrations et du stress chez les intervenants ;

- la fusion d'établissements ayant une taille et une culture organisationnelle très différente crée une impression de perte de contrôle et de moyens. Les gens ont beaucoup de peine à faire le deuil de leur ancien milieu de travail et ne voient pas la restructuration comme un défi à relever. Il y a aussi un grand manque au niveau de la communication et une distanciation avec les cadres supérieurs, ce qui rend le dialogue difficile ou impossible.

Si la majorité des intervenants continuent à offrir des services de qualité et de façon responsable, dans certains CSSS l'obtention de l'agrément a été compromise entre autres à cause du climat de travail.

• ***Gestion hiérarchique***

Les gestionnaires reconnaissent aussi très majoritairement que le climat de travail s'est détérioré bien qu'un plus grand nombre d'entre eux rapportent des expériences positives. Ils soulignent le fait que les fusions d'établissements ont soulevé de nombreuses inquiétudes et insatisfactions. Maintenant que les structures sont bien définies les équipes peuvent cheminer au plan clinique pour bien desservir les populations. Dans un CSSS, le climat s'est amélioré parce que les peurs reliées à ce que le CH domine le CLSC et les CHSLD se sont estompées pour laisser place à un esprit de collaboration. Ailleurs, on souligne que si le climat s'est modifié, cela fait parti du processus relié à la gestion du changement et cela dépend des secteurs de travail et de l'importance des changements dans les services. Selon un gestionnaire, le climat serait bon pour qui sait s'adapter et difficile pour les employés plus vieux qui souvent vivent dans le passé.

Ceux qui parlent de détérioration du climat l'attribuent ici également à de multiples facteurs, à la fois semblables et différents de ceux évoqués par les répondants précédents :

- l'effritement du sentiment d'appartenance dans une organisation trop grosse, un certain désabusement des cadres intermédiaires dont la complexité de la tâche a beaucoup augmenté, de nouveaux gestionnaires qui dénigrent ce qui était fait avant dans les services de première ligne et provoquent une augmentation des congés de maladie chez des intervenants qui ont l'impression que leur travail n'est pas satisfaisant ;
- les nouvelles responsabilités dévolues au CSSS, les normes de qualité à développer, le manque de ressources humaines, les défis de la performance font que les intervenants des différentes professions sont souvent à bout de souffle dans un contexte où les redditions de compte et des commandes ministérielles sur les cibles à atteindre (nombre de dossiers, nombres d'entrevues par jour) nuisent au climat de travail.

Chez les cadres supérieurs, les points de vue sont assez partagés. Un directeur dit que le climat de travail s'est amélioré par l'ajout d'une nouvelle génération d'intervenants. Par contre, deux gestionnaires répondent qu'il est amélioré pour certains. Une directrice nous confie qu'on ne peut pas donner une réponse uniforme, car tout est en nuances et dépend des personnes en place. Là où il y a eu une stabilité de la direction et des gestionnaires, l'intégration des changements est plus avancée que là où il y a eu de nombreux départs et embauches de gestionnaires. Dans ces cas, l'adaptation est constante, le climat de travail vacille et l'ensemble du processus de gestion du changement est ralenti. Un plan de communication de la direction générale avec le personnel, la visibilité sur le terrain, l'écoute du personnel, une gestion participative favorisent une amélioration du climat de travail. Enfin, deux directeurs affirment que le climat de travail s'est détérioré à cause de la charge de travail et du peu de reconnaissance du rôle de gestionnaire. En conséquence, il y a peu de relève en raison de la surcharge de travail liée à des changements de mandats sans ajout suffisant de ressources.

Quelle est la situation au niveau du soutien et de la supervision dans votre établissement ?

- ***Gestion clinique***

Bon nombre de répondants font état de mesures mises en place pour soutenir les intervenants sociaux dans leur CSSS : postes de superviseurs cliniques, fonction de coordination professionnelle (assumée la plupart du temps par des intervenants très expérimentés dans la profession), supervision individuelle et de groupe, cadres-conseils qui développent des guides de pratique, intervenants ressources sur des dossiers particuliers, conseiller-cadre pour la pratique professionnelle. Cela varie toutefois selon les directions et il reste encore beaucoup à faire : valoriser et faciliter l'accès à la supervision clinique, développer davantage de mesures collectives de soutien et s'occuper de la supervision des nouveaux intervenants.

Ailleurs, on commence seulement à en parler ou encore on observe un glissement sur le clinico-administratif, en raison de la surcharge des chefs d'administration de programmes, des équipes sans coordination clinique et du fait que cela ne semble pas la priorité au niveau budgétaire. Certaines équipes ont des coordonnateurs professionnels spécialistes d'activités cliniques, mais ils ne sont pas de leur profession. Beaucoup de jeunes professionnels ont besoin d'encadrement et du support clinique.

- ***Gestion hiérarchique***

Les gestionnaires nous présentent un état de la situation dans leur CSSS : activités de supervision (surtout de groupe, parfois individuellement), de formation ou de perfectionnement, accueil de stagiaires, mise en place de coordonnateurs professionnels et de conseillères cliniques, définition des besoins avec certaines équipes, implantation d'un conseiller clinique aux affaires professionnelles (volet psychosocial), comité de pairs, interventions des ordres professionnels, journée psychosociale. On favorise aussi le partage des expertises dans l'équipe et des présentations faites par des intervenants sur des approches ou des problématiques particulières.

Ceux qui décrivent la situation comme étant difficile insistent sur le fait que le budget alloué pour la supervision a été réduit pour atteindre l'équilibre budgétaire ce qui rend la supervision presque inexistante, qu'il demeure difficile de faire valoir les besoins au plan psychosocial comparativement à la reconnaissance donnée à ce même type de besoins au plan de la santé physique. Malgré une intention claire de la direction à cet effet, les moyens ne sont pas disponibles pour le soutien clinique.

Les cadres supérieurs sont assez partagés sur cette question. L'importance accordée au soutien clinique et à la supervision dépend des croyances et des valeurs des gestionnaires en place. Certains croient fondamental que les intervenants psychosociaux aient accès au parrainage, au mentorat, au soutien clinique, à des discussions de cas et à la supervision ; cela fait partie intégrante de la qualité des pratiques, de la qualité des services, de l'efficacité, de l'attraction et de la rétention du personnel.

Mais il serait difficile de convaincre une gestionnaire d'une autre profession de l'importance du soutien clinique pour les travailleurs sociaux, car pour elle le temps pris pour des activités de soutien clinique enlève du temps d'intervention et contribue à diminuer l'efficacité. Il faut alors convaincre un gestionnaire à la fois en l'absence de mot d'ordre en ce sens.

Certains font état de la mise en place de spécialistes en activités cliniques ou de conseillers pour la supervision, particulièrement pour l'encadrement des jeunes intervenants. Mais un autre souligne que les ressources demeurent rares en raison du climat de reddition de compte qui n'est pas favorable à la création de tels postes, car, il n'y a pas de statistiques associées à leur travail. On se limite alors au personnel en difficulté, faute d'un taux d'encadrement suffisant.

Croyez-vous que la charge de travail de vos intervenants et la durée moyenne de leurs interventions ont été modifiées avec les ententes de gestion et l'orientation clinique adoptée depuis 2004 ?

• **Gestion clinique**

Sur ce sujet, pas de débat, mais plutôt une unanimité concernant le fait que la charge de travail a augmenté et que les dossiers sont perçus comme plus lourds ou plus complexes qu'auparavant :

- la charge moyenne est passée de 30-35 à 45 dossiers avec des cas plus complexes et demandant une intervention plus intenses, mais avec moins de ressources. La durée moyenne des interventions, malgré la lourdeur des situations a diminué car l'emphase est mise sur le court terme (considéré comme équivalent à plus de performance). Les transferts de cas des troisième et deuxième lignes en première ligne ont amené davantage de situations complexes et lourdes, particulièrement en santé mentale. La formation n'a pas été au rendez-vous et les intervenants vivent davantage d'inconfort et d'insécurité ;
- pas de place pour des clients en moindre perte d'autonomie avec qui il serait possible de faire de la prévention primaire. Les intervenants sont placés dans une approche de réduction de risques ; on pousse les travailleurs sociaux à fermer plus rapidement les suivis et les listes d'attente sont suivies de près alors que de la pression est mise pour accepter de nouveaux clients.

• **Gestion hiérarchique**

Une très grande majorité de gestionnaires sociaux répondent que la charge de travail a augmenté (nombre de dossiers d'interventions/jour et diminution de la durée du suivi et des dossiers de prévention). Le dépistage n'est plus possible. Les résultats attendus et les listes d'attente mettent une pression sur les intervenants qui veulent voir le plus de clients possible. La charge de travail plus lourde a aussi un impact direct sur l'accueil des stagiaires. La précarité des situations à domicile et le manque de ressources ont conduit à un alourdissement de tâche et à l'obligation d'augmenter le nombre d'interventions (quantifiables), mais aussi le nombre de démarches (peu quantifiables selon I-CLSC). Les CSSS ont des comptes à rendre et les professionnels n'ont plus le choix de leur pratique qui résulte en une perte au niveau

de l'autonomie professionnelle. Chaque professionnel reçoit un rapport périodique sur sa performance ; cette nouvelle orientation les oblige à se questionner sur leur pratique et à réviser leur façon de percevoir le travail social.

D'autres gestionnaires soulignent le fait que les intervenants ont de la difficulté à ne pas offrir le même niveau de service dans un contexte où les balises sont de plus en plus claires (nombre de cas, complexité des situations), l'encadrement plus régulier et mieux défini.

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

Qu'en est-il des conditions matérielles de travail (les locaux ou l'accès à un ordinateur, par exemple) dans votre CSSS ?

• **Gestion clinique**

Les conditions matérielles déficientes ont généralement pour effet de créer des frustrations chez les intervenants qui doivent redoubler d'effort pour palier aux contraintes ce qui demande d'excellentes capacités d'adaptation, de concentration, de patience et de tolérance.

La situation des locaux varie considérablement d'un CSSS à l'autre et, même si on rapporte des améliorations à certains endroits, il y a encore des situations difficiles :

- dans un CSSS, des locaux plus fonctionnels sont prévus dans trois ans, pour l'instant, c'est difficile pour certains intervenants et adéquats pour d'autres. Dans un autre, la situation est criante depuis déjà dix ans : des intervenantes sont cinq dans un même bureau (le maximum mentionné est de huit) et souvent les salles d'entrevue ne sont pas disponibles. Leur gestionnaire doit prêter son bureau et travailler de la maison. Les locaux sont un élément problématique qui oblige la cohabitation entre professionnels. Il y a de moins en moins de bureaux disponibles pour les stagiaires ou même pour recevoir les clients. L'ajout de nouveaux employés (par exemple lors du transfert de personnel en santé

mentale) constitue un casse-tête alors que les équipes sont disséminées dans les bâtiments ;

- les professionnels semblent s'être habitués à tolérer une proximité avec leurs collègues dans les bureaux qui ne respectent pas la confidentialité et ne favorisent pas la concentration. La confidentialité des entrevues téléphoniques n'existe plus.

L'accès aux ordinateurs varie aussi d'un CSSS à l'autre. Voici quelques exemples des nuances existantes : accès informatique limité, accès facilité par un projet pilote de numérisation des dossiers ; équipement informatique adéquat (un poste par intervenant).

• ***Gestion hiérarchique***

Les gestionnaires trouvent que les conditions sont assez bonnes même si de nombreux défis continuent d'exister. Ainsi, dans un CSSS les intervenants ont accès au système informatique et des locaux sont ajoutés pour assurer les besoins de la nouvelle main-d'œuvre ; dans un autre, tous ont un ordinateur et matériel nécessaire à l'exécution de leur travail (ouvrages de références, bottins de ressources et bientôt salle d'enseignement avec caméra en circuit fermé). Pour les bureaux, la situation est différente selon les sites : dans certains lieux les professionnels ont un bureau individuel et y reçoivent la clientèle ; dans d'autres, ils partagent un bureau avec un collègue et font leurs entrevues dans des salles prévues à cet effet.

Au niveau des défis, la multiplication des sites pose un problème pour l'organisation des équipes, le partage des bureaux et parfois même des ordinateurs n'est pas toujours favorable à la concentration, la confidentialité et l'intimité. Les nouvelles normes ministérielles obligent à faire des bureaux des professionnels ne voyant pas de clientèle sur place, entre quatre paravents et de mettre quelques salles en réserve pour des rencontres.

Les cadres supérieurs ne perçoivent pas de problèmes majeurs avec les ordinateurs et l'accès à l'informatique qui s'améliore même si c'est encore loin de répondre à tous les besoins. Par contre, ils soulignent que les locaux ne conviennent pas toujours aux

services à donner.

Un des éléments majeurs de la restructuration repose sur le travail en partenariat avec un certain nombre de réseaux. Y a-t-il eu des améliorations sensibles depuis le début de la restructuration ?

• **Gestion clinique**

La réponse varie selon les CSSS et s'il y a des réalisations positives (certaines antérieures à la restructuration), beaucoup d'hésitations et de résistances continuent d'exister alors que tous les liens ne sont pas encore formalisés. Ainsi, on nous parle de travail en partenariat avec le Centre jeunesse, la pédopsychiatrie, les CH (intervenant pouvant accéder au dossier de l'hôpital et écrire à l'intérieur, plus de coordination pour les congés), corridors améliorés avec la deuxième ligne et les organismes communautaires. En matière de santé mentale adulte, le processus avance lentement. Cependant, la volonté y est et on constate plus de collaboration.

D'autres nous disent que leurs partenaires ont travaillé leur offre de services seuls et l'ont ensuite imposé, qu'il existe une tendance à gérer en silo à l'intérieur de l'organisation dans chacun des programmes du CSSS et que la première ligne reste faiblement équipée pour répondre aux besoins des deuxièmes et troisièmes lignes. Le travail au niveau des projets cliniques avec les partenaires ne se traduit pas dans la pratique quotidienne. Il y a encore des situations où des clients attendent un an, car on ne sait pas si leur besoin cadre dans un service ou dans l'autre.

• **Gestion hiérarchique**

Du point de vue des gestionnaires, la situation varie aussi beaucoup d'un CSSS à l'autre. Il y a des améliorations avec les médecins de première ligne, un peu avec les groupes de médecine familiale GMF et les cliniques-réseau, dans le travail en réseau intégré de services ainsi qu'avec des organismes communautaires. On parle de corridors de services et de mandats clarifiés avec des références bidirectionnelles. Cela a aussi un impact à l'intérieur du CSSS (hôpital de jour, soutien à domicile, hébergement, hébergement temporaire). Au plan clinique, un bénéfice est noté pour les familles avec des situations psychosociales complexes.

Mais les difficultés persistent dans de nombreux domaines. Ainsi, en santé mentale et en psychiatrie, on manifeste peu d'ouverture dans un contexte où il est difficile pour la première ligne d'assumer des responsabilités nouvelles sans ajout ni transfert de ressources. La tendance des deuxièmes et troisièmes lignes est de confier les mandats à la première ligne CSSS qui ne peut suffire à la tâche considérant la diversité des clientèles et de l'offre de services.

Les cadres supérieurs constatent qu'il faut investir énormément de temps avec des succès mitigés, car il y a un manque de leadership de l'Agence. Beaucoup de travail reste aussi à faire pour actualiser la responsabilité populationnelle alors que les corridors de services demeurent difficiles pour la clientèle. On constate des améliorations selon les clientèles, mais l'énergie déployée pour gérer l'immense changement généré par la mise en place d'un CSSS a fait reléguer cet objectif à un second plan et certaines directions n'ont pas de vision communautaire.

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

• **Gestion clinique**

Les réponses mettent d'abord en évidence le fait que ce n'est pas nouveau comme préoccupation puisque la collaboration interprofessionnelle est encouragée depuis plusieurs années et les liens développés entre les intervenants demeurent. L'équipe Intervention Jeunesse (ÉIJ) en est un exemple. Autrement, cela dépend beaucoup des équipes.

Mettre des gens ensemble ne suffit pas à développer et maintenir des pratiques interdisciplinaires : il faut aussi les soutenir dans leurs difficultés (quand demander une rencontre, comment la structurer, etc.) et cela est souvent absent. Les relations sont parfois tendues entre professionnels et l'on assiste à des comparaisons et des jugements sur l'activité professionnelle de l'autre. Les nombreuses contraintes et la mobilité extrêmement importante des professionnelles nuisent à l'évolution des collaborations interprofessionnelles. On souligne également le fait que le temps manque pour se concerter, se rencontrer et développer des visions convergentes et faire des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) cohérents. C'est également

difficile pour les jeunes intervenants qui n'ont pas encore intégré les valeurs de leur profession et leur identité professionnelle de prendre leur place dans des équipes interdisciplinaires et même disciplinaires. Il y a très peu de gestionnaires cliniques de formation psychosociale dans plusieurs CSSS. Comment peut-on promouvoir l'interdisciplinarité parmi les intervenants quand on ne le voit pas parmi les gestionnaires ?

- ***Gestion hiérarchique***

Les gestionnaires soulignent des progrès (particulièrement dans les programmes services autour de clientèle particulières comme SIPPE, santé mentale, jeunes en difficulté, etc.) et à l'intérieur des GMF et des cliniques-réseau. Les orientations mettent l'effort sur la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge et le suivi des dossiers complexes. Toutefois, une condition gagnante est la stabilité des professionnels en commençant par les gestionnaires... ce qui n'est pas du tout assuré !

C'est aussi un processus qui demande du temps pour développer une vision complémentaire et pour le moment cela demeure « du cas par cas ». Il faudrait que les professionnels acceptent de compléter des PII/PSI. Dans d'autres CSSS, peu de progrès sont enregistrés et depuis le redressement budgétaire, les acquis au niveau de l'interdisciplinarité ont été mis en veilleuse. S'il reste énormément de travail à faire, le corporatisme, les actes réservés et la reddition de compte sont loin d'être des outils facilitants.

Les cadres supérieurs disent y croire et l'observer à l'occasion tout en affirmant que la collaboration repose autant sur les gestionnaires que sur leurs employés. Cela dépend donc de l'ouverture des gens en place. En soutien à domicile, il y a davantage d'interdisciplinarité en général. Habituellement, l'aisance du gestionnaire de premier niveau avec l'interdisciplinarité fait en sorte qu'il en fera la promotion et l'implantera ou non dans son service.

Votre pratique de gestion vous a-t-elle permis d'expérimenter des choses dont vous aimeriez nous faire part et qui pourraient servir d'exemples ou de pistes de développement de bonnes pratiques ?

- ***Gestion clinique***

Nous assistons ici à la formulation d'un catalogue des « bonnes pratiques » expérimentées et des conditions à réunir : offrir de la supervision formelle aux intervenants, reconnaître l'importance du psychosocial et les besoins de soutien clinique par des conseillers cliniques psychosociaux (comme les infirmières en reçoivent), accueil des nouveaux intervenants incluant un portfolio pour faciliter l'intégration, soutenir les intervenants par des rencontres cliniques régulières pour la cohésion d'équipe, l'entraide et favoriser le sentiment d'appartenance, favoriser l'implantation du modèle de co-développement pour le soutien et la formation continue en petite équipe d'intervenants et de coordonnateurs professionnels, comité de pairs et réalisation d'un cadre de référence de la pratique sociale pour l'ensemble de l'établissement, gestion participative, diffusion d'information clinique à jour.

- ***Gestion hiérarchique***

Les gestionnaires ont aussi leur point de vue sur les mesures intéressantes implantées ou à développer : formation et supervision, postes de coordination professionnelle au sein des équipes afin d'assister le supérieur immédiat et d'agir comme personne-ressource pour les professionnels, distinguer le travail des psycho-éducateurs et des travailleurs sociaux, comité de pairs au niveau du conseil multidisciplinaire sur des besoins spécifiques, contrôle de la performance adapté à la situation des travailleurs sociaux.

Les cadres supérieurs croient que pour susciter une ouverture à l'harmonisation des pratiques, favoriser un corridor de collaboration entre les missions et les services, créer l'entraide et la complémentarité entre les professionnels de tous les services et de tous les milieux, il faut mettre en place des comités de coordination des pratiques professionnelles autour de l'intervention psychosociale. Des objectifs annuels précis décidés avec la participation des professionnels permettent alors de faire avancer plusieurs dossiers comme les plans d'intervention et les activités de soutien clinique. Faire en sorte que les employés soient parties prenantes de la planification des services et de l'entente de reddition de compte et connaître le « terrain » serait aidant pour supporter les professionnels et travailler à l'organisation des services.

Notre analyse globale de la transformation et de ses impacts

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 dévoiler leurs espoirs. Depuis la restructuration de 2004, les travailleurs sociaux font de leur mieux et assurent des services de qualité professionnelle dans un contexte difficile. La population aimerait sans doute connaître leur perception de la situation actuelle et ce qu'il faudrait faire pour qu'ils puissent mieux accomplir leur tâche.

Lorsqu'on demande aux travailleurs sociaux « 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 et unanime : on souhaite partout, quelle que soit la nature de leur tâche (intervention clinique ou gestion), que l'Ordre soit davantage présent dans les organisations qui les emploient et visible sur la place publique autour des enjeux actuels.

Après avoir questionné, écouté, réfléchi et analysé depuis 2006, nous pouvons émettre un certain nombre de réflexions globales sur les efforts de restructuration de la dispensation des services par le gouvernement québécois avec la création des CSSS. Nous faisons le constat que cet éclairage, précieux parce qu'unique au niveau des ordres professionnels - alors que nous pensons qu'il témoigne d'un vécu partagé par d'autres professionnels, gestionnaires et employés du réseau public - rejoint et confirme, sur de nombreux aspects, des éléments contenus dans le rapport d'évaluation du Ministère (*Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, 2010) sur l'impact de la mise en place des CSSS qui semble, depuis sa publication, ignoré.

Deux aspects méritent particulièrement notre attention :

- Le constat que ***la gestion du changement dans le réseau de la santé et des services sociaux constitue une faiblesse des organisations et d'un grand nombre de gestionnaires***. Collerette (2008) a souligné que la restructuration des services, à l'occasion de la création des CSSS, se traduisait par des changements trop nombreux, trop fréquents, trop gros, trop dispersés et trop vagues pour mobiliser le personnel alors que les

gestionnaires, mal préparés, peinaient à assumer le leadership nécessaire pour piloter leur organisation dans ce climat d'incertitude.

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

Nous constatons avec inquiétude le fait que :

- **les professionnels** vivent de multiples pertes en raison du fait que leur nouvelle affectation ne tient pas compte de l'expertise qu'ils ont mis des années à développer avec une clientèle et qu'on leur demande maintenant d'accomplir d'autres tâches sans une préparation adéquate et avec une charge de cas accrue. Cela dans un contexte où la loi 100 réduit presque à néant les possibilités de mises à jour des connaissances et de perfectionnement en réduisant le budget que les établissements peuvent consacrer pour la formation. Si une telle orientation devait perdurer, nous pensons que dans trois ans nous vivrons un impact aussi significatif que celui observé lors des mises à la retraite massive des années 90 en termes de perte d'expertise dans le réseau public ! Déjà les inscriptions aux activités de formation continue et le ressourcement par la participation à des colloques professionnels s'en ressentent grandement.

Les travailleurs sociaux comme les autres professionnels ont besoin de soutien clinique, de *coaching* au sein des équipes multidisciplinaires, d'occasions de se ressourcer et d'une préparation adéquate lorsqu'on leur demande d'effectuer de nouvelles tâches. Or, faut-il le rappeler, nos entrevues de groupe nous ont permis de mesurer que cinq ans de restructuration des services (2004-2009) font que, bien que la situation varie d'un CSSS à l'autre, la moitié des intervenants sociaux ont changé d'affectation (tâches,

programmes, services), changements plus souvent forcés que souhaités. Si on ajoute l'arrivée de nouveaux employés suite aux départs à la retraite, c'est plus de 70 % des personnes qui accomplissent des tâches modifiées ou nouvelles.

L'Ordre peut apporter une contribution en fournissant aux intervenants et aux CSSS des guides de pratique (notamment sur la charge de cas) qui permettent d'analyser les enjeux et de développer des possibilités de soutien et de formation continue.

- **Les cadres** vivent beaucoup d'isolement, leur expertise n'est pas suffisamment mise à contribution et ils se sentent débordés par la tâche. Le style de gestion de plus en plus traditionnel des CSSS (de type « *top/down* », avec de multiples contrôles, notamment par les ententes de gestion) les démotive et conduit déjà certains d'entre eux à un épuisement rapide. Rochon (1988) a déjà souligné l'effet contre-productif de la présence de ce style dans le réseau public et a recommandé conséquemment qu'on en réduise l'usage au profit d'une gestion adaptative et mobilisatrice.

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

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

L'ajout de conseillers cliniques ne constitue pas un luxe, mais bien une nécessité. Le déséquilibre fréquent entre les ressources professionnelles de

soutien obtenues par les infirmières au sein des directions de soins infirmiers (DSI) et les autres types d'intervenants (psychosociaux, en réadaptation, en nutrition, etc.) nous inquiète.

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

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

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

Au terme de sa démarche d'accompagnement des travailleurs sociaux vivant la restructuration de leur milieu de pratique, notre comité recommande au Conseil d'administration de l'Ordre de diffuser ce rapport à ses membres travaillant en CSSS, à chacune des directions de CSSS, aux comités exécutifs des Conseils multidisciplinaires (car nous croyons que ce bilan sera partagé par les autres professions), à l'AQESSS qui constitue un carrefour propice à une réflexion sur la gestion dynamique des ressources humaines et au Ministère qui, par ses orientations, assume la responsabilité finale de la

situation décrite. Nous souhaitons que les travailleurs sociaux s'affirment et se responsabilisent pour assumer un leadership dans leurs organisations.

Nous avons l'espoir que des améliorations sensibles demeurent possibles et rappelons qu'une des tâches fondamentales de la profession consiste à défendre les besoins que nous confient quotidiennement des dizaines de milliers de Québécois.

Note

1. Nous utiliserons le masculin, tout au long de ce texte, pour en simplifier la lecture tout en étant fort conscients que la vaste majorité des répondants sont des femmes.

Références

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2010). *La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Une révision des rôles et des responsabilités s'impose*, Montréal.

Collerette, P. (2008). « Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique », *Télescope*, Automne : 33-49, École nationale d'administration publique, Québec.

Larivière, C. (2006). *Sondage en ligne 2006. L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec/École de service social de l'Université de Montréal.

Larivière, C. (2008). *Sondage en ligne 2007. L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec/École de service social de l'Université de Montréal.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, mai, 108 pages.

Rochon, J. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec : Les Publications du Québec.

ANNEXE 1 : Méthodologie

Sondage en ligne de 2006 :

Il s'est tenu entre le 28 février et la fin du mois d'avril 2006 avec les services de la firme Sondageenligne.com et visait les travailleurs sociaux à l'emploi des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ayant fourni une adresse électronique à l'OPTSQ. Rappelons que 1 450 membres travaillant en CSSS possèdent une adresse électronique (que ce soit, au travail dans 36 % des cas, au domicile dans 54 % ou même les deux pour 10 % des répondants potentiels). Ces personnes ont reçu une invitation (et trois rappels) à se rendre sur le site Internet de l'Ordre pour y remplir le questionnaire en ligne. De facto, 160 messages (11 %) 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 1 290 personnes. Parmi elles, 328 personnes se sont effectivement prévaluées de l'opportunité de répondre au questionnaire en ligne (25,4 %). Ce taux de réponse de 25,4 % s'explique notamment par des facteurs indépendants : des établissements qui ne permettent pas à leurs employés de répondre à de telles invitations reçues en ligne ou n'ayant pas véritablement accès à l'Internet en milieu de travail ; l'absence d'habitude de communiquer à partir de ce médium ou encore des habiletés limitées à le faire sans assistance ; le fait que le sondage soit rédigé uniquement en français (même si plusieurs personnes répondaient en anglais à la question ouverte) et l'état encore embryonnaire de la restructuration dans de nombreux CSSS.

Sondage en ligne de 2007 :

Il s'est tenu entre le 15 janvier et le 1^{er} avril 2007 ; notons que du 14 février au 1^{er} avril, le réseau public a été longuement paralysé par une attaque informatique et que les établissements ont alors interdit l'usage des courriels. L'Ordre comptait 2 827 membres travaillant en CSSS parmi lesquelles 1 800 ont fourni une adresse électronique (63,7 %), que ce soit, au travail ou au domicile ou même les deux. Ces personnes ont 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'année précédente.

Sondage en ligne de 2008 :

Il s'est tenu en octobre et novembre 2008. Le taux de réponse est plus élevé (31,1 %) puisque 519 des 535 personnes venues consulter le sondage ont effectivement répondu. Cependant, nous avons par la suite constaté qu'une difficulté informatique en réduisait la valeur. En effet, après la première section qui portait sur les caractéristiques des répondants, une question demandait si « Votre CSSS a [...] complété son projet clinique ? » et 519 personnes ont alors formulé une réponse. Par la suite, seules celles qui ont répondu « oui » (soit 83 personnes ou 16 %) ou encore « en grande partie » (soit 115 personnes ou 22 %) ont pu compléter le reste du questionnaire. De fait, 145 personnes ont répondu aux questions fermées et 108 d'entre elles ont par la suite formulé un commentaire dans la partie qualitative.

Entrevues de groupe de 2009 :

Elles se déroulèrent en septembre 2009 dans quatre établissements représentatifs des différents milieux et types d'organisation soit au CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, au CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, au CSSS de la Vieille Capitale et au CSSS de Charlevoix.

L'invitation fut acheminée à tous les membres de l'Ordre à leur emploi. Dans les faits, 12 personnes (sur 53 membres) du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel participèrent à l'entrevue de groupe. Au CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 14 des 79 membres étaient présents. Au CSSS Vieille Capitale, l'entrevue a réuni 14 des 146 membres. Finalement, au CSSS Charlevoix seulement 18 travailleurs sociaux adhérent à l'Ordre et dix d'entre eux ont participé aux échanges. 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. Ajoutons que les entrevues totalisent cinq heures d'échanges enregistrés, puis analysés.

Questionnaire auprès des gestionnaires (2010):

Suite à l'appel de participation adressé aux 300 gestionnaires, un total de 43 personnes a répondu. Parmi elles, 14 personnes assumaient des fonctions d'encadrement d'intervenants et 6 de direction. Les 29 autres personnes sont des cadres de soutien clinique et des superviseurs.