



**L'impact de la réforme du réseau de la santé
et des services sociaux en 2004 sur l'exercice
du travail social en santé mentale : le cas du
CSSS Gatineau**

Stéphanie Sarrazin, M. Service social

Cahier n° 14-03

ISBN 978-2-89251-544-2 (version imprimée)

ISBN 978-2-89251-545-9 (pdf)

Novembre 2014



La Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC) a débuté ses activités le 1^{er} janvier 2008. Elle est située à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et possède son propre site Internet : <http://www.uqo.ca/croc/>. Elle fut la première chaire en travail social reconnue par le programme des chaires de recherche du Canada <http://www.chairs.gc.ca/>. Ce dispositif de recherche se consacre à produire des connaissances visant le développement de l'organisation communautaire dans le service public et dans le milieu communautaire par la compréhension des conditions de succès et de renouvellement de cette pratique confrontée à la transformation des politiques et services publics, à celle des communautés ainsi que des mouvements sociaux. Renouvelée en 2013 pour une deuxième période de cinq ans, la chaire mène des travaux de recherche et de diffusion sur deux des quatre approches du modèle québécois de l'organisation communautaire (Bourque *et al.*, 2007):

- Développement local : identifier les nouvelles formes d'initiatives de développement local de type intégré, leurs retombées pour les communautés, ainsi que les conditions qui en favorisent la régulation participative et démocratique.
- Socio-institutionnelle : analyser l'évolution de l'organisation communautaire dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Étudier l'incidence des politiques et des programmes publics ou philanthropiques sur la pratique en organisation communautaire et identifier les conditions de succès de l'approche socio-institutionnelle participative.

Ce cahier s'inscrit dans les travaux de la Chaire visant à mieux comprendre la transformation des pratiques professionnelles ou métiers de soutien au développement de territoire ; caractériser le territoire comme espace de développement soutenable en termes d'intégration et de transversalité des pratiques d'action collective dans le contexte de crise du modèle de développement ; et aborder les pratiques professionnelles à partir de pratiques-terrain représentatives, innovantes et significatives.

La chaire favorise un renouvellement des pratiques basé sur les meilleurs processus favorisant le développement des communautés par l'accession des populations au rang d'acteurs sociaux. Elle souhaite associer les professionnels concernés, les organismes qui les emploient ainsi que les milieux où se pratique le développement de territoire à la définition, la réalisation et la diffusion des connaissances produites par la recherche. La CRCOC se consacre à la diffusion et à la valorisation des connaissances en publiant des cahiers, en rédigeant des articles et des ouvrages, en livrant des communications et des conférences, en organisant des séminaires, des activités de formation, de consultation et d'accompagnement.

PRÉSENTATION

Ce cahier est une version remaniée du mémoire de maîtrise de l'auteure, soumis à l'École de service social de l'Université d'Ottawa en janvier 2011. Cette recherche présente un intérêt particulier dans le contexte actuel où l'on discute une nouvelle restructuration du réseau de la santé et des services sociaux.

SOMMAIRE

La pratique du travail social au Québec s'est grandement modifiée au cours des dernières décennies. Les mutations s'opèrent principalement à des moments charnières. Les réformes gouvernementales en sont des exemples. Pour répondre aux besoins de la population, l'État établit de nouvelles mesures pour ajuster ses institutions aux demandes tout en considérant le contexte dans lequel il se trouve, notamment les valeurs sociales. Cependant, la mise sur pied de projets de restructuration d'envergure engendre souvent des impacts multiples et imprévus.

Le réseau de la santé et des services sociaux au Québec a connu de grands bouleversements avec l'annonce de sa réforme en 2004. On assiste à une transformation en profondeur, tant sur le plan structurel (fusion d'établissements et création des CSSS) que fonctionnel (redéfinition des rôles, des mandats et des responsabilités des institutions), qui modifie de manière significative le fonctionnement des établissements. Ces changements interpellent les professionnels dans leurs fonctions, leurs tâches et leur façon de travailler.

L'objectif de cette recherche est de connaître les impacts de cette réforme sur l'exercice du travail social en santé mentale en institution de première ligne. Cette recherche a été menée au CSSS de Gatineau à l'automne 2009. Notre hypothèse suppose que l'exercice du travail social en institution est influencé tant par la transformation des valeurs de la société que par les changements dans l'organisation du travail. Cette recherche, de type qualitatif exploratoire, permet de documenter la perception des intervenants sociaux quant à l'influence de cette réforme sur leur pratique. Nos résultats tendent à confirmer notre hypothèse. On retient que la pratique du travail social, dans le cadre actuel des CSSS, se retrouve confrontée à une restriction et une spécialisation de ses champs d'intervention.

NOTES BIOGRAPHIQUES DE L'AUTEUR

Stéphanie Sarrazin est travailleuse sociale au CSSS de Papineau dans le secteur des services de santé mentale et du psychosocial adulte depuis neuf ans. Elle a également travaillé au CSSS d'Antoine Labelle dans le secteur enfance-jeunesse-famille. Elle a obtenu son diplôme de baccalauréat en travail social à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) en 2005 et celui de maîtrise en service social à l'Université d'Ottawa en 2011 (domaine de la santé). Elle dispense des cours relatifs à l'intervention individuelle et l'intervention de groupe à l'UQAT et à l'UQO dans le cadre des programmes de travail social.

stephanie.sarrazin@uqo.ca

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	p. iii
Notes biographiques de l'auteur	p. iv
Table des matières	p. v
Liste des tableaux	p. vi
Liste des sigles et abréviations	p. vi
Introduction	p. 1
1. Problématique, définition de la recherche, cadre conceptuel et méthodologie	p. 3
1.1. La réforme de la santé et des services sociaux de 2004	p. 3
1.2. Le projet de recherche	p. 8
1.3. Le changement organisationnel	p. 9
1.4. La gestion axée sur la performance	p.11
1.5. Les choix méthodologiques	p.12
1.6. Le profil des répondants	p.13
1.7. Les limites de la recherche	p.13
2. Présentation des résultats	p.15
2.1. Facteurs justifiant la réforme de la santé et des services sociaux de 2004	p.15
2.2. Transformation du contexte de pratique	p.17
2.3. Impact de ces changements	p.36
2.4. L'avenir de la pratique du travail social	p.41
3. Analyse	p.47
3.1. Le contexte actuel et l'évolution des valeurs sociales	p.47
3.2. Le pilotage du changement organisationnel et les pièges du processus de changement	p.51
4. Enjeux et perspectives pour la pratique du travail social en institution	p.59
4.1. Facteurs influents et impacts du nouveau contexte sur la pratique	p.59

4.2. Pour assurer l'avenir de la pratique	p.61
Conclusion	p.65
Bibliographie	p.68
Annexe A – Guide d'entrevue	p.75

LES LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 - L'équivalence entre les phases de Lewin et du constructivisme-systémique	p.10
--	------

LES LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
ARSSS :	Agence régionale de la santé et des services sociaux
CH :	Centre hospitalier
CHSLD :	Centre hébergement et de soins de longues durées
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSS :	Centre de services sociaux
CSSS :	Centre de santé et des services sociaux
CSSSG :	Centre de santé et des services sociaux de Gatineau
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
NGP :	Nouvelle gestion publique
RLS :	Réseau local de services
RRSSS :	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RSSS :	Réseau de la santé et des services sociaux

INTRODUCTION

L'exercice du travail social au Québec s'est graduellement transformé au cours des dernières décennies. Il a muté au gré de différentes impulsions : les changements de besoins de la population, la transformation de la réponse de l'État et l'évolution intrinsèque de la pratique. Ces mutations ne s'opèrent pas nécessairement de manière progressive ou continue, mais plutôt lors de moments charnières, notamment lors de réformes importantes dans le réseau de la santé et des services sociaux. La réforme de 2004 en est un exemple.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a amorcé, à cette époque, une restructuration majeure de son réseau en forçant la fusion d'établissements – centres locaux de services communautaires (CLSC), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centres hospitaliers (CH) – tout en lui imposant un nouveau mandat. La création des centres de santé et des services sociaux (CSSS) avait pour visée la mise en place d'une organisation intégrée de services de santé et de services sociaux dans le but de rehausser l'accessibilité, la qualité et la continuité des services. Ces transformations interpellent la pratique du travail social.

L'intérêt de mener cette recherche découle d'une volonté de documenter et d'analyser l'évolution du travail social en milieu institutionnel, notamment dans le champ de la santé mentale. À ce jour, la littérature traite peu des impacts réels de cette réforme sur les organisations et sur le personnel. C'est dans cette optique que se situe cette recherche qui vise à répertorier les impacts sur la pratique et l'organisation du travail des intervenants sociaux au sein de l'équipe de santé mentale de la création du Centre de santé et des services sociaux de Gatineau (CSSSG).

Mon expérience de travail en gestion dans le secteur privé et en travail social dans le secteur public en CSSS depuis quelques années, mes formations académiques, technique administrative de gestion, baccalauréat en travail social et mes études de maîtrise en service social, m'ont incitée à approfondir l'impact du fonctionnement organisationnel d'un établissement sur les pratiques professionnelles qui y ont cours. L'annonce et la mise en œuvre de la dernière réforme dans le réseau de la santé et des services m'ont semblé être une opportunité intéressante pour conjuguer mes différents intérêts.

Davantage orientée vers une gestion participative, ma vision d'un travail équilibré et sain est teintée de collaborations professionnelles, d'utilisation d'expertise, de reconnaissance et de possibilité d'actualisation. Cependant, mon expérience dans les organismes publics m'a permis de constater certaines difficultés que vivent les intervenants sociaux dans le cadre de leur travail et, plus particulièrement présentement, dans le système de santé et des services sociaux. Comprendre davantage les impacts et les causes, mais aussi les facteurs explicatifs de certains

malaises ressentis par le personnel dans les milieux de travail a été pour moi le levier motivateur pour débiter cette recherche.

De nature qualitative et exploratoire, cette recherche permet de comprendre ce que vivent et perçoivent les intervenants sociaux avec, comme hypothèse de départ, que les changements organisationnels s'opérant actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux entraînent des modifications importantes dans l'organisation du travail et de la pratique du travail social en CSSS. Ces transformations s'actualisent sur un fond de valeurs sociales misant sur la performance.

La présentation de la recherche se divise en quatre chapitres. Le premier s'ouvre avec la définition de la problématique et présente sommairement les lois créant les CSSS et modifiant le Code des professions et la politique de santé mentale, de même que la modification du style de gestion qui en découle. La seconde partie du chapitre est consacrée à la définition de la question de recherche, aux choix méthodologiques et au profil des répondants. Le deuxième chapitre présente de façon substantielle les résultats de la recherche en mettant à profit le discours des personnes qui ont accepté de participer aux entrevues. Ces résultats sont ensuite discutés dans le chapitre trois et le quatrième chapitre présente les enjeux et perspectives pour le travail social qui se dégagent de cette analyse.

1. PROBLÉMATIQUE, DÉFINITION DE LA RECHERCHE, CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE

La pratique du travail social est intimement liée à son contexte de pratique tout autant qu'à son histoire. À toutes les époques, le travail social est influencé par les problèmes et les besoins sociaux ressentis par la population ainsi que par la transformation des services qu'ils soient assumés par les organismes communautaires ou par l'État. Les transformations actuelles dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) depuis l'adoption de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux* (Projet de loi 25) de même que le projet de modification du Code des professions et l'adoption de la politique de santé mentale constituent un contexte de transformation majeure et démontrent la pertinence d'une recherche sur les effets qu'elle a sur la pratique de travail social en santé mentale.

1.1. Réforme de la santé et des services sociaux de 2004

L'arrivée au pouvoir du Parti libéral du Québec en 2003 marque le début la plus importante réforme du RSSS au Québec depuis sa création. (Richard et coll., 2007). Entreprise par le ministre Couillard, son objectif principal est de rendre plus accessibles les services à la population et d'en assurer la coordination et la continuité en permettant l'intégration et l'organisation des services, la coordination et la prestation des soins de santé sur tout le territoire du Québec (MSSS, 2008; Richard et coll., 2007). L'intégration des services devrait permettre de rendre de meilleurs services à la population et favoriser la continuité des services entre les établissements (MSSS, 2004). Pour atteindre ces résultats la réforme mise sur une gestion adéquate, un mécanisme de référence et de suivi fonctionnel ainsi qu'un engagement et une responsabilisation des intervenants et des gestionnaires (Idem). Le MSSS précise qu'une organisation plus décentralisée et plus souple sera constituée pour assurer que

ce projet s'inscrit dans une dynamique de gestion axée sur les résultats, qui encadre un ensemble de changements qui auront lieu au cours des prochaines années dans le système de santé et de services sociaux. La mission de première ligne (santé et services sociaux) demeurera l'une des priorités de cette nouvelle structure. Des cibles particulières seront fixées de façon à garantir et à accroître l'accessibilité de ces services (MSSS, 2004 :3).

1.1.1. Le mandat et la mission du CSSS

Les CSSS sont nés de la fusion d'établissements partageant un même territoire : centres locaux de services communautaires (CLSC), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans plusieurs cas, des centres hospitaliers (CH). Le mandat des CSSS est plus large que le cumul des missions d'origine de chacune des institutions fusionnées. Ils doivent connaître les besoins de la population de leur territoire, faire évoluer l'offre de services, accroître la collaboration avec les partenaires institutionnels et communautaires et faire une gestion en continuum des services (CSSSG, 2008c).

La mission des CSSS selon la définition légale, découlant principalement de la loi 25, se présente ainsi :

Offrir en première ligne à la population qu'il dessert des services de santé et des services sociaux de nature préventive et curative, des services de réadaptation, de réinsertion et de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que de soins infirmiers, des services de réadaptation, psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux aux personnes qui requièrent de tels services et aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale;

Si le centre exploite une mission de centre hospitalier, offrir des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés et les autres services requis, y compris les soins infirmiers, les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation;

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre : - s'assure que les personnes qui requièrent de tels services soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, à domicile ou au travail ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide; - réalise des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique. (AHQ, 2004 : 1.1-1.2)

Le CSSS a donc la responsabilité d'assurer à la population de son territoire un accès, une continuité et une qualité de services de santé et de services sociaux (BLSSS, 2007). Sans être l'unique dispensateur, il doit veiller à la coordination des services offerts. Il est au cœur de ce qu'on appelle le réseau local de services (RLS) (BLSSS 2007). Sa responsabilité populationnelle vise entre autres à

bien connaître les caractéristiques de sa population, de développer des moyens de la rejoindre et de lui assurer l'accès aux soins et aux services dont elle a besoin. Par le biais d'ententes et d'autres modalités, le CSSS assurera l'accès à des services spécialisés et surspécialisés non disponibles dans le centre aux autres services complémentaires requis (AHQ 2004 : 1.4).

L'approche populationnelle oriente « différemment les valeurs de l'établissement, l'organisation des services, la prise de décisions, l'imputabilité et la reddition de comptes » (AHQ, 2004 : 1.5). Pour répondre à cette responsabilité populationnelle, on utilise une gestion par programme. Celle-ci « consiste à structurer l'organisation en fonction des groupes de clientèle comme on le retrouvait dans les CLSC » (AHQ, 2004 : 1.8). Son objectif est de placer le client et ses proches au centre de l'organisation. (AHQ, 2004).

De plus, afin de s'acquitter de leur mission, les CSSS doivent avoir une perspective de santé publique. Ils doivent s'engager dans le développement social et établir des partenariats intersectoriels, soit dans les milieux de l'éducation, du travail, de l'environnement et des municipalités. (AHQ, 2004).

La mise en place des CSSS a engendré un impressionnant organigramme. La hiérarchie comporte plusieurs niveaux de gestion. Il y a un conseil d'administration avec ses comités et conseils; une direction générale qui chapeaute les directions réseaux responsables de programmes sectoriels : 1) Services généraux et santé publique; 2) Santé physique; 3) Enfance-Jeunesse-Famille; 4) Santé mentale et Dépendances et 5) Soutien à l'autonomie (CSSSG 2008b). Dans ces corridors de services se retrouvent principalement des chefs d'administration, des chefs de programme, des chefs de services, des chefs d'unité, des coordonnateurs cliniques et administratifs, etc. Le nombre et le type de cadres dépendent du secteur d'activité dans lequel ils se retrouvent.

1.1.2. La politique en santé mentale

La politique de santé mentale et le plan d'action 2005-2010, *La force des liens*, s'inscrivent dans la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, donc dans la Loi 25. L'objectif général est de « doter le Québec d'un système efficace qui reconnaisse le rôle des personnes utilisant les services de santé mentale et qui offre l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire » (MSSS 2006 : 1).

Cette politique est supportée par les deux principes d'organisation des CSSS : 1) la responsabilité populationnelle et 2) la hiérarchisation des services. La politique de santé mentale confie aux CSSS trois types de clientèle : la population en général, les personnes souffrant de troubles mentaux (enfants, jeunes, adultes, etc.) et les personnes à risque suicidaire. La hiérarchisation des services est prévue comme un mode d'intégration des services. Ce mécanisme de type bidirectionnel facilite la liaison, le traitement, la prise en charge, le suivi et la référence des personnes. De plus, la politique en santé mentale prévoit la mise en place de projets cliniques. À cet égard, les CSSS doivent rassembler l'ensemble des organisations et des acteurs du secteur autour des projets cliniques conjointement développés et faire en sorte qu'ils s'orientent sur le bien-être et la santé de la population qu'ils desservent (AHQ, 2004).

1.1.3. La Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : *Projet de loi 21 (ancien projet de Loi 50)*

Simultanément à la volonté de revoir les structures institutionnelles en fusionnant des établissements, le gouvernement avait amorcé au début des années 2000 une réflexion sur la nécessité de revoir la définition des champs d'exercice professionnels et de mettre en place des activités réservées pour les professions reliées à la santé mentale et aux relations humaines. Sans avancer que les projets de Loi 25 et 21 soient interreliés, on peut constater que tous deux transforment le cadre d'intervention des travailleurs sociaux et ce, par souci de placer le patient au centre des préoccupations, d'améliorer la qualité des services et leur accessibilité.

Le projet de loi 50 (devenu le projet de loi 21) découle du mandat du Groupe de travail ministériel (Comité Bernier en 2000) dont mandat était « la redéfinition de champs d'exercices et la mise en place d'activités réservées pour les professions de psychologue, de travailleur social, de thérapeute conjugal et familial, de conseiller d'orientation, de psychoéducateur, d'ergothérapeute, d'infirmière et de médecin » (Office des professions du Québec, 2005 : 3). Le Comité Trudeau mis en place en 2004 a ajouté par la suite « des propositions actualisées concernant les champs d'exercice de ces mêmes professions; des solutions rassembleuses concernant des activités à réserver et à partager à ces professions; l'intégration de certains groupes extérieurs aux systèmes professionnels; [et] l'encadrement de la pratique de la psychothérapie » (Idem).

Les principes de bases sont : 1) la protection du public; 2) l'accessibilité compétente pour assurer un service approprié, de qualité, et ce au moment, dans le lieu et pour la durée requise; 3) le patient au centre des préoccupations; 4) l'interdisciplinarité pour dispenser des services de qualité; 5) une approche concernée par les impacts des recommandations et 6) une vision d'avenir quant à l'évolution des rôles professionnels (Office des professions du Québec, 2005).

La psychothérapie devient une pratique réservée aux membres de l'Ordre des psychologues et du Collège des médecins. Après reconnaissance de la part de l'Ordre des psychologues du Québec, ceux-ci pourront partager cette responsabilité avec d'autres professionnels : conseillers d'orientation, psychoéducateurs, infirmières, travailleurs sociaux, etc. (Office des professions du Québec, 2005). Cette proposition de changement dans les champs d'exercice en santé mentale aura une influence inévitable sur la pratique du travail social en CSSS. Elle fait partie des enjeux découlant de la restructuration du système de santé.

1.1.4. Style de gestion

Pour mettre en œuvre ces grandes orientations, un nouveau style de gestion doit prendre en considération certains constats sur l'intégration des services de première ligne et favoriser la collaboration interprofessionnelle. Pineault et coll. (2005) qui s'appuient sur les conclusions d'un collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec, soulèvent certains constats et amènent des propositions pour assurer la réussite de la réforme. Ils font remarquer que « les expériences qui donnent les meilleurs résultats sont celles où on accorde une place importante aux pratiques plutôt qu'aux structures » (Idem : 28) puisque celles-ci freinent la mise en place des réseaux. Des stratégies efficaces reposent sur des visions et des valeurs partagées associées à la collaboration et à des processus participatifs (Idem).

Dans le même ordre d'idées, il va sans dire que l'incompatibilité de cultures organisationnelles et la disparition de certains services, par la fusion, mettent à l'épreuve les collaborations entre les organismes et les partenaires du réseau (Richard et coll., 2007). Demers et coll. (2002) affirment que « l'intégration des services repose avant tout sur la collaboration des praticiens qui les dispensent » (2002 : 86) et concluent que le mode de gouvernance hiérarchisé nuit à

cette collaboration. Les effets secondaires engendrés par la réforme risquent, selon Larivière (2007), de diminuer ou de contrecarrer les effets positifs recherchés, soit d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services. Il semble que l'on obtienne de meilleurs résultats avec une gestion participative, horizontale, le style de gestion que l'on retrouvait dans les CLSC et en milieu communautaire (Beaulieu et Giasson, 2005).

Dès le milieu des années 1990 où l'on voit apparaître les premières vagues de fusion d'établissements, Larivière évalue que, pour des impératifs économiques, les fusions forcées des milieux sociaux et médicaux ont « pour effet de placer les problématiques et les pratiques sociales sous la direction de gestionnaires inspirés par une approche santé » (Larivière, 1997 cité dans Mayer 2002 : 413). À titre d'exemple, en quête d'une meilleure productivité, des gestionnaires ont démantelé les équipes cliniques, malgré leur efficacité prouvée, laissant les intervenants sceptiques quant à leur compatibilité idéologique (Mayer 2002). Selon Bouchayer (2008), les logiques gestionnaires et les aspirations professionnelles ne se rejoignent pas toujours. Les travailleurs sociaux sont mal informés de ce qui se passe dans l'institution, ont un faible sentiment d'appartenance et le style de gestion ne répond pas à leurs attentes (Larivière, 2007).

Les relations deviennent plus formelles entre les gestionnaires et le personnel, créant ainsi une distance au niveau de la communication (Richard et coll., 2007; Larivière, 2007). Comme le précise Larivière, « la tradition plus hiérarchique et technobureaucratique des centres hospitaliers, tout comme la taille accrue des établissements fusionnés, risquent d'accentuer la distance entre le point de vue de la direction et celui des intervenants » (2007 : 40). Ces conclusions viennent confirmer les propos de Fulop et coll. qui affirmaient que « le personnel peut ressentir l'éloignement des gestionnaires tandis que ceux-ci peuvent avoir le sentiment d'être isolés des services qu'ils gèrent » (Fulop et coll., 2002 cité dans Richard et coll. 2007 : 160).

De plus, certaines recherches soulèvent que la stratégie du «*top-down*» est en quelque sorte une erreur (Bégin et Labelle, 1990). Les CSSS sont vus comme « une structure hiérarchique lourde qui éloigne considérablement les décideurs politiques de la base des opérations quotidiennes et de la réalité "populationnelle" » (Mercier, 2006 : 1). Il y a risque de désagréger l'organisation des praticiens, d'uniformiser et de bureaucratiser les pratiques (Demers et coll., 2002).

Bref, à la lumière de la présentation de la problématique, nous identifions que les fusions d'établissements engendrent plusieurs répercussions sur l'environnement de travail des intervenants sociaux. L'histoire récente du réseau de la santé et des services sociaux au Québec démontre une tendance toujours grandissante de l'État à encadrer les pratiques professionnelles. Les répercussions de la réforme de 2004 engendrées par la Loi 25 ne sont pas encore bien connues et documentées, ce qui justifie la pertinence de notre démarche de recherche.

1.2. Le projet de recherche

La problématisation de notre recherche permet de mettre l'accent sur certaines transformations du contexte de pratique du travail social et d'identifier des particularités propres à la pratique ayant cours dans le champ de la santé mentale. Depuis 2004, le cadre de pratique des intervenants du travail social s'est ainsi modifié de plusieurs façons.

On retrouve dans la littérature plusieurs définitions convergentes sur le travail social, certaines la présentent en définissant la pratique et d'autres en définissant la profession. Le travail social est une « activité organisée qui vise à aider l'adaptation des individus et de leur milieu social en utilisant des techniques pour permettre aux individus, aux groupes de faire face aux besoins et de résoudre leurs problèmes dans une société en constante évolution » (Office de la langue française, 1997 : 1). L'Ordre des travailleurs sociaux, thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ, 2010) définit plus précisément l'activité qui consiste à :

Fournir des services sociaux aux personnes, aux familles et aux collectivités dans le but de favoriser, notamment par l'évaluation psychosociale et par l'intervention sociale, selon une approche centrée sur l'interaction avec l'environnement, leur développement social ainsi que l'amélioration ou la restauration de leur fonctionnement social. (OTSTCFQ, 2010 : 1)

Les intervenants sociaux offrent donc des services psychosociaux dispensés bien entendu à des individus, des couples, des familles et des groupes. Les besoins à satisfaire sont divers. On cherche à stabiliser et à rétablir l'équilibre, à restaurer les interactions et les liens entre la personne et son environnement. L'origine des problèmes psychosociaux est souvent « la rupture ou l'absence de cet équilibre » (Idem). Ces professionnels peuvent aussi accompagner des « petits groupes de personnes aux prises avec des problèmes similaires et qui désirent s'entraider. Ils portent assistance aux communautés qui souhaitent se mobiliser pour la recherche de solutions à leurs besoins collectifs » (Idem).

Les activités professionnelles faisant partie des services psychosociaux sont multiples. On y retrouve de manière générale : l'évaluation psychosociale, l'intervention sociale, la consultation psychosociale, la protection sociale, l'accompagnement, l'animation, la défense et la promotion des droits sociaux. Plus spécifiquement, on peut aussi y retrouver des activités spécialisées. Ces activités sont, entre autres, « La psychothérapie individuelle, conjugale, familiale ou de groupe, la médiation familiale, l'expertise psychosociale, l'intervention post-traumatique ainsi que toute activité professionnelle permettant aux personnes d'avoir accès à des services spécifiques encadrés par des législations particulières » (OTSTCFQ, 2010 : 1).

La création des CSSS est certes un élément central de la conjoncture dans laquelle se pratique actuellement le travail social. La grosseur de l'établissement, l'amalgame de cultures organisationnelles différentes, la nouvelle stratégie de gestion, etc. marquent le contexte de pratique des intervenants. Retenons également que l'adoption et la mise en œuvre de nouvelles politiques sociales (Plan d'action en santé mentale 2005-2010) et de lois (lois 25, 83, 21, etc.)

ont, et auront, inévitablement des effets structurant sur la pratique du travail social en milieu institutionnel. Enfin, la question des valeurs sociales doit être aussi considérée. À cet égard, on ne peut passer sous silence une certaine tendance à la marchandisation de la santé, à la médicalisation du social, etc. (Blais, 2008) qui accentuent de manière significative les attentes de la population envers le système de santé et de services sociaux.

Les recherches donnent rarement la parole aux acteurs directement concernés, c'est-à-dire dans notre cas, aux intervenants sociaux. Notre projet de recherche sera une occasion de recueillir le point de vue de ces intervenants et comprendre leur perception face à cette restructuration. Notre intention est d'exposer la perception des intervenants ayant une formation en travail social quant à l'influence de l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) sur leur travail et de soulever certains facteurs explicatifs. Plus concrètement, nous désirons savoir comment les intervenants pratiquant le travail social en santé mentale au CSSS de Gatineau, perçoivent l'influence de la réforme de 2004 du RSSS sur leur travail.

On peut considérer que la situation des CSSS et des intervenants sociaux s'inscrit dans un contexte sociétal plus large marqué par la quête de la performance. Le manque de ressources de l'État pour faire face aux attentes et aux besoins grandissants de la population face aux services de santé et services sociaux engendre une pression importante sur les institutions et sur les intervenants y œuvrant. Comment être performant lorsque les moyens octroyés aux institutions et aux intervenants sont insuffisants pour atteindre les objectifs fixés ?

1.3. Le changement organisationnel

Les théories du changement peuvent se situer de manière générale à l'intérieur de la théorie des systèmes. La définition la plus courante d'un système est « un ensemble d'éléments en interaction telle qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres » (Bertalanffy, 1968 dans Suissa, 2000 : 124). Selon cette théorie, dans un système organisationnel les sous-systèmes interagissent et s'inter-influencent (Suissa, 2000; Collerette et coll., 1997). De ce point de vue, la restructuration récente du réseau de la santé et des services sociaux entraîne des changements ayant des impacts sur le personnel et modifie leurs façons de faire, d'être et d'agir (Watzlawich, 1967).

Lorsqu'il y a changement organisationnel, il y a, dans la majorité des cas, modification dans le travail et ou dans les pratiques des travailleurs. Si on croit à l'inter-influence des systèmes, ces changements soulèvent souvent des désordres et nécessitent un déploiement supérieur d'énergie de la part du personnel afin de retrouver l'homéostasie (Suissa, 2000; Collerette et coll., 1997). Jusqu'au retour de la stabilité et l'installation des routines, certains effets secondaires peuvent surgir chez le personnel et entraîner malaises et maladies reliées au travail (Collerette et coll., 2009; Richard et coll., 2007; Larivière 2007; Aubert et De Gaulejac 2007).

Un changement se traduit par une « modification par rapport à une situation antérieure » (Office de la langue française, 2009). En regard de la gestion, un changement est une « action délibérée appliquée à l'infrastructure technologique d'une organisation qui en change la forme ou l'ajustement, ou qui modifie la fonction d'éléments de configuration » (Idem). En fait, il ajoute ou supprime, modifie ou remplace certains éléments dans l'organisation (Idem). Le changement fait aussi référence à une transformation observable produite dans un système social (Collerette et coll., 1997).

Le changement organisationnel est défini comme « toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système » (Collerette et coll., 1997 : 20). Ces auteurs ajoutent que selon la loi de la relativité perceptuelle, ce changement sera jugé par celui qui l'observe ou le vit comme un progrès ou une régression. Quant au processus de changement, il chemine selon différentes phases et la perception positive ou négative du changement dépendra de l'expérience personnelle de ceux qui le vivent. (Idem).

Tableau 1 : L'équivalence entre les phases de Lewin et du constructivisme-systémique

Phases du processus de changement selon Lewin (1948)	<i>Explication sommaire de chaque phase de Lewin (1948)</i>	Phases du processus de changement selon le constructivisme-systémique
1) Décristallisation	Remise en question volontaire ou non de ses perceptions, ses habitudes ou ses comportements.	Correspond à : 1) L'éveil et au 2) Début de la désintégration.
2) Transition	Initiation au nouveau mode de fonctionnement.	Correspond à : 2) La majeure partie de la désintégration et à 3) La reconstruction.
3) Recristallisation	Les nouvelles façons de faire font désormais partie des habitudes.	Correspond à : 4) L'intégration.

On retrouve certaines phases normales à travers lesquelles les individus passent dans tout processus de changement organisationnel : 1) la décristallisation, 2) la transition et 3) la recristallisation (Lewin, 1948 dans Collerette et coll., 1997) tandis que Collerette et coll. (1997) qui s'inspirent de l'approche du constructivisme-systémique, en proposent quatre : 1) l'éveil, 2) la désintégration, 3) la reconstruction et 4) l'intégration. Ce qu'il est important de retenir ici c'est que, dans tout processus de changement, les gens touchés passent par diverses étapes

normales et que la perception du changement dépend de l'expérience personnelle de ceux qui le vivent (Idem).

Plusieurs auteurs soulignent l'importance d'une bonne planification du changement et proposent certaines stratégies de gestion ou d'éléments à prendre en considération pour faciliter le changement (Collerette et coll., 2009; Langley et Denis, 2008; Rondeau, 2008; Pineault et coll., 2005; Collerette et coll., 1997). Une bonne stratégie de gestion permet de diminuer le plus possible les effets secondaires ou néfastes que pourrait causer sur le personnel une mauvaise gestion de changement. Parmi les mesures favorisant l'adaptation du personnel aux changements, les auteurs identifient, entre autres, l'accompagnement individualisé par des pairs permettant de maîtriser rapidement le nouveau système, d'accroître le sentiment d'efficacité et d'empêcher l'émergence du stress qui amplifie la perception négative et son impact sur l'état de santé des individus (Collerette et coll., 2009).

Collerette (2008) avance que dans le système public, il existe une propension au « trop » et au « trop peu ». Les changements peuvent être « trop nombreux », « trop fréquents », « trop gros », « trop dispersés » et « trop vagues » ou bien réalisés avec « trop peu de mises à l'épreuve », « trop peu d'encadrement », « trop peu d'accent sur les pratiques professionnelles » et « trop peu d'accent sur le problème à corriger » (Collerette 2008). La pratique gestionnaire a des incidences importantes sur la réussite du changement organisationnel et sur le personnel. En fait, « ce que les gestionnaires font ou ne font pas peut faire la différence » (Collerette 2008 :33).

1.4. La gestion axée sur la performance

Les organisations et établissements étatiques sont traversés par des exigences croissantes de performance. Cette quête de performance incite les gestionnaires à opter pour diverses stratégies de gestion afin d'atteindre un niveau d'efficacité et d'efficacités qui doit se comprendre dans un contexte de resserrement budgétaire. (Turgeon et coll., 2003). La performance est devenue une valeur en soi, une valeur qui traverse l'ensemble des composantes de la société (Aubert et De Gaulejac, 2007). L'humain devient un capital qu'il faut rendre productif (De Gaulejac 2005). L'individu est responsable et doit faire toujours mieux, plus vite avec moins de moyens (Idem). Aubert et De Gaulejac (2007) font remarquer que certains travailleurs – employés et cadres – vivent le « coût de l'excellence » : « on sait qu'on va dans le mur, et pourtant on pédale de plus en plus fort » (Idem : VI). La plupart ne savent pas comment s'en sortir (Idem).

Dejours (2003) affirme que le rendement ne peut être évalué de la même façon au public qu'au privé, puisque le contexte et la clientèle sont différents. Le travail nécessitant une relation de service est un travail complexe. Le producteur est en relation directe avec le client, comme c'est le cas dans le secteur de la santé. *Ipso facto*, pour accomplir le travail, le professionnel doit faire participer, coopérer et doit former le client à la production même du service. En fait, pour

soigner il faut former la personne (Idem). Par conséquent, si elle n'assimile pas les connaissances ou n'est pas correctement formée, les outils thérapeutiques mis à sa disposition deviennent inutiles. De plus, il existe un décalage entre le travail prescrit ou prévu et celui réel de tous les jours (Idem). En fait, le travail réel est rempli d'événements inattendus et le travailleur doit faire face à certains imprévus provenant tant de l'environnement de travail que des ressources humaines (Idem).

1.5. Les choix méthodologiques

Nous espérons alors savoir, à l'aide d'entrevues, comment les intervenants sociaux perçoivent le changement, comment ils expliquent les effets de la transformation du système, les impacts et les enjeux pour la pratique. De plus, nous souhaitons entendre leurs préoccupations par rapport à ces changements organisationnels ainsi que les solutions possibles envisagées par ces derniers.

À notre sens, pour les raisons qui suivent, la recherche qualitative exploratoire est la plus appropriée pour notre projet. Cette approche de recherche nous permet de recueillir le sens que les professionnels donnent à leur vécu dans leur milieu de travail (Deslauriers, 1991) en mettant l'accent sur leurs perceptions et leurs expériences (Turcotte, 2000). L'exploration sur le terrain a permis de nous familiariser avec ce que les intervenants vivent et de soulever leurs préoccupations (Deslauriers et Kérisit, 1997). La méthode qualitative explore les phénomènes en profondeur et est « plus détaillée du fait que les données recueillies ne sont pas délimitées par des catégories d'analyse prédéterminées » (Turcotte 2000 :57).

Ce type de recherche tient compte aussi du profil et de la culture de notre population cible. La collecte de données s'est faite à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Mayer et St-Jacques (2000) précisent que cette forme de collecte de données se prête bien aux recherches visant à obtenir le point de vue des personnes. L'entrevue semi-dirigée facilite aussi l'expression des perceptions et permet au chercheur d'aller en profondeur dans la recherche d'informations tout en permettant de découvrir à l'occasion de nouveaux thèmes lors de l'analyse des données (L'Écuyer, 1987). Elle a aussi comme avantage de bien s'appliquer à des recherches exploratoires où le nombre de participants et les connaissances sur le sujet sont limités (Deslauriers, 1991).

Afin de planifier la structure de nos entrevues, nous avons eu recours à un guide d'entrevue (Annexe A). Ce guide suit un plan précis qui tient compte des thèmes généraux et du but de la recherche. Le principe de l'entonnoir a été appliqué, c'est-à-dire que les entrevues ont progressé en allant de questions plus générales aux questions plus spécifiques, tout en passant par la description de faits et leur interprétation (Mayer et St-Jacques, 2000). Préalablement, le guide d'entretien a été soumis à un pré-test afin d'évaluer la compréhension et la pertinence des questions et d'évaluer la durée approximative de l'entrevue. Les entrevues se sont déroulées

individuellement et leur durée se situe entre 60 et 105 minutes. Elles ont été menées au cours de l'automne 2009 dans un endroit choisi avec le participant et assurant la confidentialité.

1.6. Le profil des répondants

Les participants répondent aux critères de sélection suivants :

- 1) des personnes volontaires,
- 2) hommes ou femmes,
- 3) intervenants sociaux et intervenantes sociales formés en travail social à l'emploi du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Gatineau exerçant présentement dans le secteur de santé mentale, depuis un minimum d'un (1) an.

Ces candidats étaient à l'emploi du réseau de la santé et des services sociaux depuis la fusion des établissements en 2004, peu importe le secteur de pratique. Pratiquement, notre échantillon de recherche est composé de trois travailleurs sociaux et deux agents de relations humaines (ARH) ayant comme formation de base un baccalauréat en travail social. La recherche a été effectuée en français puisque la langue de travail des CSSS est le français et que l'ensemble des employés est en mesure de s'exprimer clairement dans cette langue.

L'accès aux professionnels s'est fait préalablement par l'entremise de l'OTSTCFQ. Une lettre de recrutement leur a été acheminée par courriel. Elle invitait les candidats intéressés à nous contacter. À partir de cet envoi, on a assisté au phénomène de bouche à oreille puisque deux candidats qui n'avaient pas reçu la lettre n'étant pas membres de l'OTSTCFQ, nous ont tout de même contactée pour participer à notre recherche. Les cinq personnes qui nous ont contactée répondaient aux critères et ont participé à la recherche.

Pour chacun des répondants, nous avons confirmé leur intérêt pour participer à la recherche, après leur avoir présenté l'objectif, son déroulement, les mesures éthiques prises pour assurer la confidentialité, l'anonymat et le respect de leurs droits. Nous avons accepté leur candidature et fixé une heure et un lieu de rencontre à leur convenance.

1.7. Limites de la recherche

Nous avons identifié trois principales limites à notre recherche : la petite taille de notre échantillon, le statut professionnel de la chercheuse et les limites inhérentes à toute recherche de type qualitatif.

Tout d'abord, elle présente peu de possibilités de généralisation considérant la petite taille de notre échantillon. Cette recherche fournit tout de même des pistes intéressantes puisque l'échantillonnage est significatif par rapport au nombre total d'intervenants sociaux faisant partie de l'équipe de santé mentale du CSSS de Gatineau. À cet égard, l'échantillon de personnes est pertinent par rapport à l'étude (Mayer et Ouellet, 1991). Nos données donnent un bon aperçu de la réalité des intervenants sociaux dans le secteur de santé mentale du CSSS de Gatineau.

Notre statut de travailleuse sociale au CSSS de Papineau peut être perçu comme une force puisque nous connaissons bien le milieu de travail, le contexte et la nature des problèmes. Cependant, nous sommes conscientes d'un risque de biais par rapport à la situation. Tel que Laperrière (1997) l'énonce, il est difficile de dissocier l'objectif du subjectif dans les recherches qualitatives : « Dans chaque cas, une portion seulement de la réalité singulière prend de l'intérêt et de la signification à nos yeux, parce que seule cette portion est en rapport avec les idées de valeurs culturelles avec lesquelles nous abordons la réalité concrète » (Laperrière, 1997 : 368). Alors, il est important que le chercheur, lors d'une recherche qualitative, prenne conscience de « sa saisie personnelle du monde, ses sentiments, ses intuitions, ses valeurs » (Laperrière, 1997 : 369) afin d'en faire le plus possible abstraction lors de l'analyse des données.

À ce sujet, nous avons utilisé plusieurs techniques pour nous assurer d'une bonne interprétation, notamment par des reformulations lors des entrevues et la tenue d'un journal de bord pour identifier nos propres sentiments et interprétations de la situation.

2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Nous avons regroupé les propos des répondants autour de quatre grands thèmes présentés dans les sections du chapitre. La première section présente les facteurs identifiés par les répondants expliquant la venue de la réforme en 2004. La deuxième expose les différentes transformations dans le contexte de pratique. Plus précisément, nous avons subdivisé cette partie en fonction des lois significatives qui ont été adoptées, ou qui sont en voie de l'être depuis 2004, et qui sont à la base de plusieurs de ces transformations. La troisième section soulève une série d'impacts sur la pratique du travail social en milieu institutionnel ainsi que sur l'organisation et les conditions du travail des intervenants interrogés. Enfin, la dernière section regroupe quelques pistes proposées par ceux-ci pour résoudre les difficultés rencontrées et assurer l'avenir du travail social en milieu institutionnel dans le champ de la santé mentale.

2.1. Facteurs justifiant la réforme de la santé et des services sociaux de 2004

Les répondants identifient une série de facteurs expliquant la mise en place des transformations dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) depuis 2004. En fait, d'entrée de jeu, plusieurs personnes rencontrées soulèvent plusieurs changements démontrant la volonté du gouvernement et de ses institutions régionales de reconfigurer l'organisation des services. Il y a eu « pas mal de brassage » de structures (Répondant 2) depuis quelques années. En fait, on rapporte le cas des urgences où les instances régionales et locales ont initié divers projets en vue de les désengorger (ex. : comité des urgences). L'idée, selon eux, était de mettre en place des mécanismes visant le travail en réseau. L'amélioration de l'efficacité du réseau était déjà une préoccupation régionale puisque les orientations de cette réforme se situent dans la même philosophie que les projets déjà en cours.

Les répondants présument certaines autres motivations gouvernementales pour mettre en œuvre une réforme de cette envergure. Nous les avons regroupées en trois catégories : 1) performance économique et administrative, 2) accessibilité, continuité et qualité des services, ainsi que 3) principes d'équité.

2.1.1. Performance économique et administrative

Sous différents angles, les propos des répondants convergent vers l'idée générale que cette réforme découle d'une volonté gouvernementale d'augmenter la performance économique et administrative du RSSS. Cette perspective de performance justifie, selon eux, les changements en cours au plan de la reddition de comptes et de la structure administrative. Le gouvernement tenterait, par les fusions, de réduire la taille des structures administratives, notamment par la réduction du nombre de cadres, et de bénéficier d'économies d'échelle permettant de réduire les coûts.

Selon les répondants, les résultats escomptés ne sont pas au rendez-vous. Au contraire, depuis la fusion, l'administration s'est alourdie par la présence de plusieurs niveaux d'encadrement.

L'un d'eux soulève qu'« il y a de plus en plus de sous-cadres et de sous petits cadres et il y a de moins en moins d'indiens qui travaillent vraiment avec la clientèle » (Répondant 1).

Selon certains, le gouvernement veut réorganiser le réseau afin de le rendre plus performant et efficace. L'accent est mis sur la reddition des comptes, le nombre d'interventions exigé par semaine, les statistiques à comptabiliser, etc. On veut augmenter le contrôle : « C'est une question de budget, de rendement sur papier de ce qu'on fait, de quantité plus que de qualité » (Répondant 5). Cette idée de performance s'inspire de l'entreprise privée selon des répondants. Cet esprit mine et déprime les élans des intervenants qui « sont vraiment concernés en général et intéressés à bien travailler » (Répondant 5). De l'avis d'un des répondants, « ce n'est pas une question de performance que d'en faire le plus possible » si on ne peut pas bien le faire (Répondant 4). Ainsi, la performance ne devrait pas être évaluée en termes de nombre d'interventions, mais bien en qualité, c'est-à-dire de réponse aux besoins des personnes qui utilisent les services. Au contraire, il y a

cette idée-là qu'il fallait trouver de nouvelles façons de faire sans mettre tellement d'argent dans le système. [...] C'était facile de dire "on réorganise les services", mais on ne met pas plus d'argent, on ne met pas plus d'intervenants. [...] On va réorganiser le service, on va avoir le beurre et l'argent du beurre. Ça ne fonctionne pas ça! (Répondant 2)

Pour certains répondants plus expérimentés, la réforme actuelle confirme une certaine rupture, en terme de valeurs, avec les idéaux ayant conduit à la mise en place du réseau de la santé et des services sociaux du Québec au milieu des années 1970 : « Tout s'ouvrait, une liberté, une vision humaine, en tous les cas c'était vraiment emballant évidemment comme projet. [...] Vouloir vraiment atteindre des grands buts humains » (Répondant 5). Maintenant, il semble que les valeurs sociales aient changé : « Maintenant c'est vraiment une grosse machine. [...] Ce n'est pas le temps de réfléchir, on est dans le faire [...]. On veut aller vite » (Répondant 5).

Ce qui confronte certains répondants, c'est que ce discours de performance trouve écho au sein de la population. Cette réforme « est vraiment un autre virage qui, peut-être, va avec le virage social actuel aussi » (Répondant 5). Les changements qui s'opèrent dans le système de la santé et des services sociaux ne sont pas liés seulement à la réforme, « c'est quand même plus large que ça, [...] c'est tout un mouvement de société pour moi qui est beaucoup plus centré sur la consommation. [...] La réforme fait partie pour moi d'une évolution de la société en général » (Répondant 5).

2.1.2. Accessibilité, continuité et qualité de services

L'un des objectifs de la réforme est louable selon la plupart des répondants. Le réseau avait besoin de mieux coordonner les ressources afin d'améliorer la continuité et l'accessibilité aux services. « On ne doit plus se cacher derrière "ma petite pratique dans ma boîte à moi". Parce qu'on est une seule boîte donc on devrait avoir une vision de continuité constante de services » (Répondant 1). Cependant, si le principe est bon, son application apparaît plus complexe et les

résultats sont mitigés. À titre d'exemple, d'un côté, on croyait sûrement améliorer certains problèmes relatifs à l'engorgement des urgences. On déclare « que les organisations travailleraient mieux ensemble [...] dans la même structure, dans la même grosse affaire. Même grosse boîte, même conseil d'administration [...] réglerait des choses. Ce n'est pas si simple » (Répondant 2).

2.1.3. Équité interrégionale

Un répondant affirme que la réforme visait à régulariser le financement alloué dans chaque région afin de créer une équité entre elles. En fait, il semble que dans le passé, certaines régions, comme celle de l'Outaouais, étaient sous-financées par rapport aux autres. « Il y avait des statistiques [...] qui comparaient par tête d'habitant combien il y avait de dépenses dans la région de Québec par exemple et dans la région d'Outaouais et c'était sept, huit fois moins en Outaouais qu'à Québec » (Répondant 2). Alors, la réforme visait sûrement, à certains égards, à réduire les écarts.

2.2. Transformation du contexte de pratique

Au cours des entrevues, les répondants ont identifié plusieurs transformations relatives à leur contexte de travail depuis 2004, des transformations associées à des changements législatifs précis : 1) la loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux (Loi 25) et celle modifiant la loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives (Loi 83); 2) le plan d'action 2005-2010 en santé mentale; et 3) la Loi 21 modifiant le Code des professions. Voici leurs propos respectant le cadre dans lequel ils ont été émis.

2.2.1. La création du CSSSG : la Loi 25 et 83

La fusion des établissements sur le territoire de Gatineau est imposante. On a regroupé deux hôpitaux, trois CLSC et quatre CHSLD dans un même CSSS. Les employés se sont retrouvés dans un établissement de près de 5 000 travailleurs. Mais encore, au-delà du nombre d'établissements et d'employés, la création du nouveau CSSS a engendré une multitude de transformations au niveau de la philosophie de gestion, de l'organisation et la coordination des services et des équipes de santé mentale. Voici certaines transformations soulevées.

Les changements administratifs

La réforme a donné lieu à une refonte de la philosophie de gestion des établissements du réseau selon les répondants. D'après eux, on voulait diminuer les coûts de fonctionnement, en optimisant l'utilisation des ressources en place. Les résultats sont loin d'être concluants. Les répondants se questionnent sur la transformation du discours de la gestion, sur la transformation de la place de l'humain dans l'établissement, sur la situation financière de l'établissement et sur la fonctionnalité des grandes structures administratives.

CHANGEMENT DE PHILOSOPHIE DE GESTION

Certains répondants font remarquer que la venue de cette réforme a fait naître une nouvelle philosophie de gestion. En fait, elle coïncide avec l'arrivée d'un nouveau lexique dans l'administration publique. On fait référence à un nouveau vocabulaire responsabilisant qui engendre une certaine inquiétude. On parle d'efficience, de reddition de compte, d'imputabilité. Les répondants soulèvent que la nouvelle philosophie de gestion est déshumanisante et que l'on perd de vue la dimension humaine, les rapports interpersonnels. « C'est trop impersonnel le réseau. C'est trop anonyme, personne n'est vraiment concerné » (Répondant 5). Pour eux, le visage impersonnel que prend le réseau ne relève pas des individus en poste de gestion, mais bien du fait que les structures sont lourdes et imposantes en termes de taille. « On a du bon personnel, on a des bons gestionnaires, mais c'est un gros bateau à mener! » (Répondant 5).

ALOURDISSEMENT DES STRUCTURES ADMINISTRATIVES

Il semble que la refonte des structures a engendré de l'instabilité tant financière qu'administrative. Un répondant rapporte que le CSSSG a passé tout près d'être mis en tutelle à cause de son imposant déficit et des nombreuses difficultés auxquelles il faisait face. Dans le passé, on a personnalisé la difficulté afin de faire porter à certaines personnes la responsabilité des dysfonctionnements de la nouvelle organisation : « Une fois ce DG-là parti, les spécialistes qui avaient dit que c'était de l'incompétence, là ils sont obligés de réaliser que non. On se retrouve quelques années plus tard et le monde qu'ils ont blâmé sont partis, mais il y a encore des problèmes. On réalise qu'il y en a qui ont été les boucs émissaires des difficultés » (Répondant 2).

On soulève que la fusion des établissements a créé de grosses structures, énormément complexes, très difficiles et longues à mettre en place. On fait souvent allusion à un gros "bat boat" très difficile à diriger et à contrôler : « C'est impossible de gérer ça! » (Répondant 5). L'organisation est tellement imposante qu'il semble que certains gestionnaires ne savent pas qui fait quoi dans l'organisation : « Ma coordonnatrice m'a appelé [...] pour me dire "notre gestionnaire se demande [combien de jours] tu travailles [...] en santé mentale?" Ça fait [plusieurs] mois quand même que je travaille là » (Répondant 5).

La grosseur de l'établissement rend aussi plus difficile l'accès aux services administratifs et de gestion selon les intervenants interrogés. Il existe une confusion perpétuelle : « On ne sait plus à qui il faut faire affaire quand on a besoin de quelque chose. [...] les numéros de téléphone, les noms, c'est difficile à obtenir » (Répondant 4). Les gestionnaires sont moins accessibles, car c'est « gros, c'est grand, on ne voit pas souvent les gestionnaires » (Répondant 5). On reconnaît que les relations de travail sont moins personnalisées qu'auparavant. Il est aussi maintenant plus compliqué et difficile d'obtenir des informations. Quand on les reçoit, elles sont moins fluides qu'avant : « Il faut user des contacts pour obtenir ce qu'on a besoin. [...] J'avais une

journée à l'enseignement [...] et j'ai dû communiquer avec trois, quatre personnes pour enfin aboutir à la bonne personne » (Répondant 4).

De plus, depuis la fusion, les procédures sont plus longues et plus difficiles à suivre. Les répondants donnent de nombreux exemples de procédures plus complexes pour l'obtention de formation ou lors d'embauche de nouveaux professionnels. Il semble y avoir plus d'étapes à franchir pour avoir accès à de la formation: « Avant, c'était plus simple que ça. Je pense que depuis ce temps-là [de la fusion] l'accessibilité aux formations est, bien il n'y en a pas! Ce n'est pas compliqué là. Il n'y en a pas! » (Répondant 4). Il semble aussi que les longs délais de réponse augmentent les coûts de formation puisqu'ils ne peuvent profiter des rabais associés aux inscriptions hâtives.

J'ai demandé une formation [...]. J'ai reçu la réponse deux semaines avant la formation, il était trop tard, il n'y avait plus de place à la formation, d'une part. D'autre part, tu as toujours des dates limites, si tu t'inscris après, ça coûte plus cher, il n'y a déjà pas d'argent, c'est déjà difficile d'avoir de l'argent, ils attendent deux semaines avant, ils vont payer plus cher pour le coût de la formation. (Répondant 4)

Ce type d'alourdissement est aussi vrai pour l'embauche du personnel, d'après un autre répondant. Les postes à remplacer restent longuement vacants puisque les procédures d'affichage se sont complexifiées et les délais d'entrevue prolongés.

CRITIQUES DES INTERVENANTS FACE À CES CHANGEMENTS

Plusieurs répondants critiquent la validité de réorganiser le système en entier, comme on l'a fait. Pour certains, cette réforme est une solution inadéquate pour pallier aux problématiques vécues dans le système de santé présentement : « Je ne suis pas sûr que l'idée de connecter les services ensemble impliquait de faire une grosse, grosse boîte comme ça » (Répondant 2). Mettre « dans la même structure, dans la même grosse affaire, même grosse boîte, même conseil d'administration, ça réglerait des choses. Ce n'est pas si simple » (Répondant 2). Un répondant se questionne quant aux solutions prises pour remédier à la situation. Quand un système est déjà surchargé, ne vaut-il pas mieux chercher des solutions pour simplifier l'organisation plutôt que d'enclencher d'énormes changements?

Est-ce qu'on a allégé la structure administrative tant que ça? Ou on l'a compliquée? Est-ce qu'objectivement il y a plus d'intervenants dans le quotidien et plus d'interventions qu'avant? J'en doute. Je serais porté à penser l'inverse. [...] Est-ce que les fruits que ça apporte valaient tout l'investissement en argent, en énergie humaine à se poser des questions et à regarder comment on va faire ça maintenant et nous à se débattre pour faire respecter notre pratique parce qu'ils arrivent avec des demandes qui n'ont pas de bon sens? Est-ce que ça vaut la peine? [...] Je ne suis pas sûr que ce ne soit pas tout simplement comme un éléphant qui accouche d'une souris finalement. (Répondant 2)

Malgré le fait que la réforme du système de la santé et des services sociaux soit commencée depuis sept ans, il semble ne pas y avoir encore de résultats significatifs : « Les gains on ne les

voit pas. [...]. J'aimerais ça si quelqu'un pouvait m'en apporter, je serais content. Mais à date je ne vois pas » (Répondant 5). Un autre ajoute qu'il savait « qu'on allait être beaucoup moins bien servis en faisant des grosses affaires de même » (Répondant 4).

Il semble que tous ces changements soient devenus alors « trop gros ». « C'est trop gros, c'est trop lourd, on veut trop en faire, on nous en demande trop » (Répondant 1). Les attentes du MSSS par rapport au mandat conféré aux CSSS semblent surréalistes par rapport aux ressources disponibles et au budget alloué selon les répondants : « Les objectifs ambitieux de la réforme ne pourront pas être atteints, mais ça a créé de la pression sur les intervenants qui doivent débattre avec leurs gestionnaires qui eux doivent débattre avec l'Agence pour leur faire comprendre que “écoutez : mission impossible!” Bien là on essaie de faire des miracles, on ne peut pas, on n'est pas capable d'en faire plus qu'avant » (Répondant 2).

Ce nouveau contexte de travail suscite certaines inquiétudes chez les intervenants interrogés. Ils croient que les intervenants finiront par s'adapter aux changements, mais à quel prix ? « Ils n'auront pas le choix, ils vont s'adapter. Est-ce qu'ils vont y laisser des plumes, beaucoup de leur humanité, de leur sensibilité, de leur liberté de penser? » (Répondant 5). Ici, on fait allusion à des risques d'épuisements professionnels puisque, concrètement, l'impact de l'ensemble de ces transformations et de ces demandes d'adaptation, a des effets directs sur l'engagement et leur état de santé: « J'ai même pensé “je ne vais pas rester là, ça va m'enlever le meilleur de moi-même” » (Répondant 5). Certains répondants trouvent aussi que les structures sont tellement complexes qu'ils n'ont plus le désir ou d'intérêt de s'impliquer dans l'établissement : « J'ai tellement laissé tomber ça, [...] parce que je sais que c'est gros et que c'est difficile. [...] Quand je sors de mon petit monde [mon bureau], bien là je vois que c'est gros et c'est difficile » (Répondant 4).

Ainsi, sous cette lourdeur, cette complexification des problématiques et cette quantité de demandes, des intervenants s'énervent et « sautent » :

J'ai sauté là moi! [...] J'avais eu six nouvelles demandes en même pas deux jours, tous du monde extrêmement fragiles, dont deux employés du CSSS. Je venais de dire “moi je n'en prends plus de nouveaux clients, vous allez vous trouver d'autres intervenants pour faire [le travail] parce qu'il y a plus de demande [que ce à quoi on est capables de répondre]”. (Répondant 1).

Trop de changements dans le réseau affecte directement la motivation des employés, affirment les intervenants interrogés. On remarque de nombreux départs de professionnels qualifiés, difficilement remplaçables. De plus, les professionnels se désintéressent et veulent moins participer et s'impliquer dans les activités de l'établissement, car la structure est devenue trop compliquée et trop grosse : « J'ai tellement laissé tomber ça, m'occuper de mon affaire et m'occuper de ma clientèle et m'occuper plus de mon équipe, que je ne me suis pas tellement préoccupé de cette affaire-là [la réorganisation] parce que je sais que c'est gros et que c'est

difficile. [...] Je me suis désintéressé un peu de ça étant donné que c'est rendu gros » (Répondant 4).

Les répondants ont exprimé plusieurs critiques face aux transformations administratives engendrées par la création du CSSSG. Cependant, la création du nouvel établissement n'a pas seulement introduit des changements dans l'organisation administrative. Elle a aussi eu des répercussions importantes dans l'organisation des services et des équipes de travail.

Les changements de la philosophie et de l'organisation des services

La création du CSSSG a suscité l'organisation de nouveaux services ainsi qu'une refonte des équipes de travail. Les répondants précisent que dans le secteur de la santé mentale, particulièrement, on assiste à une série de mesures qui transforment le paysage des services : création d'un nouveau service destiné aux personnes en crise suicidaire visant à désengorger les urgences; réorganisation des services de psychiatrie (psychiatres à l'emploi de l'établissement et leur concentration à l'hôpital de Gatineau); intégration de divers professionnels, pas toujours habitués à travailler ensemble, dans de nouvelles équipes; etc.

Il semble qu'on assiste à la mise en place d'une série de mesures qui viennent transformer les équipes de travail et les relations entre leurs membres :

La vieille gang [...] est complètement dispersée. Depuis quelques mois, il y a onze intervenants qui sont partis comme ça du jour au lendemain dans d'autres locaux. [...] Il y a un brassage comme ça de personnel de toute sorte, mais les gens ne sont pas nécessairement regroupés par champ de travail et, là, il y en a qui s'en vont, il y en a qui arrivent, des gens qu'on ne connaît pas donc. (Répondant 5)

Les répondants remarquent aussi que la grosseur de l'établissement, les déménagements et les rencontres inter-établissements ne favorisent pas les échanges entre professionnels et n'aident en rien la création du lien d'appartenance. Selon eux, la refonte des équipes provoque beaucoup de mouvements de personnel et vient briser en quelque sorte les liens interpersonnels qui rendaient les milieux de vie et de pratiques à grandeur humaine. Les gens ne se reconnaissent plus entre eux. Certains intervenants sentent que les liens entre intervenants sont virtuels et impersonnels, ce qui accentue l'individualisation.

Les collègues familiers ou les collègues avec lesquels on travaillait sont dispersés partout [...] On se rencontre peut-être une fois par mois, [...] en fait deux réunions, une clinique et une administrative. Et là ça c'est supposé être les gens avec qui on travaille, mais c'est virtuel, on ne travaille pas avec ces gens-là tous les jours! [...] Je ne me sens pas d'appartenance avec ce groupe-là. [...] il y a la moitié des gens quasiment qu'on ne connaît pas. [...] il me semble qu'on échange beaucoup moins aussi professionnellement qu'on le faisait. [...] Mais le climat ne porte pas à ça. [Avant] les gens avec qui on est habitué de travailler [...] on avait des échanges plus naturels, plus spontanés. (Répondant 5)

Selon les répondants, ces changements ne sont pas toujours favorables pour les intervenants ni pour la clientèle. La réorganisation des services amène plus de déplacements sur la route. «Les

services peuvent être donnés [...] pour des clients d'Aylmer à Gatineau pour telle affaire, après ça à Hull pour une autre affaire. Alors, on se promène là, ça implique [...] de prendre beaucoup de temps et d'énergie sur la route» (Répondant 5).

En plus des changements relatifs aux équipes de travail et les effets sur la clientèle, les répondants ont identifié une série de transformations aux niveaux des relations professionnelles. Ces changements s'observent sur le plan des cultures organisationnelles à l'intérieur du nouveau CSSSG.

Le changement de culture

Les intervenants interrogés affirment que la fusion des établissements a provoqué une certaine rupture avec la philosophie des CLSC, tant dans les rapports internes que dans le rapport avec le milieu. Ceux-ci semblent davantage hiérarchisés, inspirés d'une culture médicale et orientés vers les besoins ministériels plutôt que ceux de la population.

UNE CULTURE HIÉRARCHISÉE

Les répondants mentionnent la tendance à mettre en place une organisation plus hiérarchisée des rapports administratifs et professionnels. Selon eux, les frontières entre cadres et professionnels, tout comme celles entre les professionnels eux-mêmes, sont beaucoup plus étanches que par le passé. Un répondant précise une rupture avec la culture des anciens CLSC, qui était « très égalitaire, les gestionnaires [...] étaient plus dans une approche de consultation que maintenant » (Répondant 2). Ainsi, on remarque une culture plus hiérarchique qui s'installe dans l'ensemble des activités du nouvel établissement.

Certains font aussi remarquer que les CLSC et les CH ont développé des cultures différentes au cours des années. Dans les services hospitaliers où l'on traite des malades, on voit davantage la culture médicale. La maladie est d'abord physique. Cette approche plus médicale que sociale s'installant au sein du CSSS, tranche avec la culture des CLSC d'autrefois. L'impression ressentie est que l'approche des CLSC devient une sous-culture. « Quand je parlais de culture, c'est que vraiment l'hôpital c'est maladie, alors que le CLSC c'était comme social. [...] Le fait qu'on soit une grosse boîte, on est vraiment de plus en plus dans des approches médicales » (Répondant 1). Pour certains, la culture hospitalière semble vouloir prédominer. Dans la culture hospitalière, le médecin occupe le haut du pavé dans l'organisation des services. « C'est le médecin qui impose et les autres professionnels qui disposent » (Répondant 1).

Bref, pour plusieurs répondants, le mariage forcé entre des établissements aussi différents prendra du temps à se consommer: « Ça va être long à mettre en place parce qu'en même temps nos pratiques et nos histoires de pratique, quand on parle de culture d'établissement, sont profondément différentes » (Répondant 1). En fait, « l'énergie est à essayer d'organiser un grand, grand système. [...] C'est essayer de faire entrer ensemble des services qui ne vont pas ensemble » (Répondant 5).

L'impact de cette fusion se fait aussi sentir à l'intérieur même des équipes externes de l'hôpital, c'est-à-dire celles qui sont dans les anciens CLSC. Pour plusieurs, la réorganisation des équipes de travail en santé mentale marque une rupture avec les pratiques antérieures ayant eu cours dans les CLSC où les distinctions entre professions étaient moins fortes. « Ce qui est nouveau c'est que quand c'était CLSC, [...] tous les intervenants avaient à peu près le titre de ARH qu'ils soient de formation psychologue, travailleur social ou autres. On était à peu près tous des intervenants avec le titre agent de relations humaines » (Répondant 1). Maintenant, il semble y avoir une tendance selon laquelle chaque professionnel réintègre son Ordre et son titre professionnel : psychologues, travailleurs sociaux, etc.

Ce phénomène a plusieurs impacts selon les répondants. Tout d'abord, dans le contexte d'une plus grande identification professionnelle, on remarque l'embauche de plusieurs psychologues afin de répondre aux besoins plus spécifiques en santé mentale. Ce remaniement semble avoir des influences sur les tâches et rôles des intervenants sociaux au sein de l'équipe : « Ils ont essentiellement embauché des psychologues à un moment donné et maintenant les travailleurs sociaux travaillent les réseaux, le réseautage, pour faire de l'accompagnement » (Répondant 1). Aujourd'hui, on compte beaucoup plus de psychologues que d'intervenants sociaux, ce qui est fort différent de la situation antérieure où l'on retrouvait « essentiellement [des] travailleurs sociaux, [des] organisateurs communautaires dans les CLSC, très peu de psychologues. C'étaient les travailleurs sociaux et ARH des services psychosociaux [qui donnaient les services] » (Répondant 1).

L'accroissement de certains professionnels, dont les psychologues, change l'offre de service du CSSSG, selon certains répondants. On s'aperçoit que cette offre est modulée par les acteurs en présence les plus influents. L'accentuation de la présence des psychologues à la clinique de santé mentale semble faire en sorte que le principal service offert soit la psychothérapie. Ceci a pourtant des effets pervers, semble-t-il, sur la clientèle. En fait, compte tenu de leur situation ou de leurs aspirations, les usagers ne sont pas tous en mesure, ou n'ont pas le désir de faire ce genre de cheminement. On « attend trop des gens qu'ils soient prêts à faire de la psychothérapie, mais tout le monde n'est pas prêt à ça » (Répondant 1). À cet égard, l'un des répondants affirme que sa pratique d'intervention est différente et minoritaire dans l'équipe : « Moi je reçois beaucoup de conjoints, d'enfants pour expliquer des affaires relatives à la santé mentale, pour regarder les dynamiques, etc. Le psychologue, lui, se centre uniquement sur la personne » (Répondant 1). Le manque d'intervenants sociaux au sein de l'équipe commence à se faire sentir et le coaching, le soutien et l'accompagnement sont moins présents.

Dans ce changement de philosophie plus psychologique, on assisterait à une modification des méthodes de travail d'après les répondants. Celle plus compartimenté selon le rôle et les tâches professionnels qui y sont associées. Chaque catégorie de professionnel se camperait donc dans des tâches particulières. À titre d'exemple, un des répondants remarque qu'une « psychologue

ça ne fait pas de “*reaching out*”, ça ne sort pas de son bureau » (Répondant 1) et que cela influence maintenant certaines méthodes de travail qui pourtant fonctionnaient auparavant, comme celle de sortir de l’institution pour créer des liens avec certains clients. Ainsi, le travail social subit les conséquences, selon certains intervenants sociaux interrogés, puisque c’est eux qui font les interventions en milieu naturel, normalement. Dans certains cas, ces tâches sont toutefois moins valorisantes comme le soulève un répondant : « Toi tu es psychologue, tu fais ça et le travailleur social, on va le mettre en charge des papiers! » (Répondant 1).

UNE CULTURE BUREAUCRATISÉE

Si les rapports internes sont en profonde mutation, ceux avec le milieu le sont aussi. Les répondants avancent que les CLSC avaient, historiquement, une certaine flexibilité leur permettant de mettre en place des services en fonction des besoins exprimés par la communauté. Aujourd’hui, certains ont l’impression de répondre aux besoins identifiés par le MSSS. C’est un discours beaucoup plus bureaucratique. Les objectifs sont formulés en termes de quantité d’interventions et sont évalués par des « statistiques ». On est centré sur un résultat à atteindre (Répondants 2, 4 et 5). Selon plusieurs répondants, les changements ne sont plus orientés vers l’intérêt du client ou de l’intervenant, comme cela était le cas auparavant. Désormais, tout semble découler de décisions ministérielles :

Avant, on essayait d’être avec le monde et les intervenants ça comptait beaucoup aussi à l’époque. Notre démarche professionnelle visait à s’améliorer, réfléchir, à la manière d’intervenir. Toujours en fonction d’un objectif qui était clair pour tout le monde : un service à donner à la clientèle. Pour nous, ça compte beaucoup parce que c’est directement relié à la qualité des services qu’on peut donner. [...] Mais ce n’est plus le cas dans cette entreprise-là. Les objectifs ont l’air de venir plus d’un gouvernement, d’un ministère que d’un besoin de la population. (Répondant 5)

Ces changements de cultures ont également des répercussions sur la légitimité des intervenants dans l’ensemble des processus de participation à l’interne.

Le changement du degré d’engagement des intervenants dans les processus organisationnels

Les intervenants interrogés considèrent que le processus de la réforme a été institué par le MSSS. Les employés n’ont pas l’impression de pouvoir influencer quoi que ce soit dans l’établissement. D’autant plus qu’ils croient que « quand la décision est prise là, elle est prise. Ils ont beau venir essayer de voir, ils ont beau venir essayer de nous faire croire qu’on peut changer des affaires, moi je ne crois pas à ça pantoute. [...] Je ne pense pas moi tant que ça que notre point de vue est tenu en considération. Je ne crois pas à ça. » (Répondant 4)

Tel que le soulèvent les répondants, il y a eu certes au tout début, préalablement à la réforme, le processus de l’agrément. Une firme est venue évaluer l’organisme et a permis aux employés d’exprimer leur satisfaction et de formuler leur opinion par voix de questionnaire. Mis à part cette consultation, « il n’y a pas eu de grande consultation comme il y en avait eu en 2002 à la formation de la clinique où là les intervenants avaient été vraiment impliqués. Là on avait fait

des tables de travail et on a été impliqué dans la définition de la clinique » (Répondant 2). Avant, dans le CLSC, lorsqu'il y avait des consultations, les intervenants pouvaient s'apercevoir plus facilement que leur opinion était prise ou non en considération. Dans cette grosse organisation, ils ne croient pas être très influents : « Dans le sens de quelque chose d'anonyme, où on est pas partie prenante, où on est plus à subir » (Répondant 5).

Les répondants ont alors l'impression qu'on leur demande leurs avis seulement en signe de politesse, afin de leur laisser croire à l'importance de leur opinion professionnelle. Cependant, ils ont la conviction que tout était décidé d'avance : « C'est ça. C'était juste par politesse de dire "bon, on va les impliquer", mais dans le fond on sait où on s'en va là » (Répondant 3).

De plus, ils font remarquer que dans le cadre des fusions d'établissements, il y a eu nécessité de créer de nouveaux outils afin de faciliter le travail des équipes ou encore d'harmoniser les pratiques des anciens établissements. Toutefois, deux phénomènes s'observent. Dans le premier cas, les outils sont élaborés et mis en place par des gestionnaires sans aucune consultation des professionnels. Dans le second cas, on sollicite l'apport des professionnels, mais on ne donne pas suite à la mise en place de ces outils, créés par les intervenants interrogés. En fait, souvent pour ne pas dire toujours, les intervenants ont l'impression d'être mis devant le fait accompli. Les gestionnaires de l'organisation démarrent des projets, revoient les protocoles, élaborent des nouveaux outils pour améliorer les services, etc., mais ils ne consultent pas les intervenants sur le terrain. S'ils le font, l'implication n'est pas significative : « On n'est pas consultés. On n'est pas dedans et c'est nous qui travaillons avec. [...] Ils avaient mijoté de mettre ça en place et on a été informés une fois [qu'il ont été] faits. [...] On nous les a imposés, on ne nous a pas demandé si c'est ce qui pourrait aider » (Répondant 1). En contrepartie, « on a changé notre formulaire de référence ça fait un an. Ça fait un an qu'on dit on va le présenter notre nouveau formulaire. [Il n'y a] pas de changement, ça n'a pas été rediscuté, pas été revu en équipe » (Répondant 1).

A contrario, un répondant soulève que, sporadiquement, certaines informations leur sont transmises à l'occasion de rencontres : présentation des organigrammes, fonctionnement du futur guichet d'accès, informations sur la venue prochaine d'un département de psychiatrie, etc. « Alors, on était informés par rapport à ça. On ne savait pas trop comment ça allait se faire, mais on nous demandait notre opinion » (Répondant 3).

D'autres intervenants se plaignent de ne pas être au courant des processus, du quand, du comment, etc.

Ils vont créer le département. Ils l'ont dit, mais regarde on n'en entend pas parler. Ça commence quand concrètement? Ça devait commencer en septembre, mais là ça va peut-être être en janvier, je ne sais pas. Mais c'est quoi exactement les travaux? Ça implique quoi? Ça veut dire quoi? Non! On a dit « on va créer un département de psychiatrie ». Super! [...] Ça veut dire quoi concrètement? (Répondant 1)

En bout de piste, un répondant avoue que ce n'est pas le changement le problème, car il faut évoluer. La vraie difficulté c'est « qu'on ne saisit pas le sens du changement. C'est qu'on flotte dans une sorte d'absurdité, dans un climat d'absurdité, d'anonymat, où on n'est plus partie prenante de ce qui se passe » (Répondant 5).

Le changement dans l'organisation des services

La fusion des établissements a eu des effets bénéfiques selon certains répondants. Elle a facilité, dans une certaine mesure, la continuité des soins. La circulation de l'information confidentielle sur l'utilisateur est simplifiée. La coordination du travail des professionnels des établissements fusionnés (CH-CLSC) en est parfois facilitée. Pourtant, il semble rester un long chemin à parcourir avant que les objectifs sous-jacents la création des CSSS soient atteints. En fait, même après les nombreuses années qui séparent le début de la réforme du moment de notre cueillette de données (six ans), le travail d'équipe inter-établissements et la continuité de services ne sont pas encore au point. Plusieurs lacunes persistent dans l'organisation des services tant à l'interne qu'avec certains partenaires dans le réseau.

COORDINATION DE SERVICES AU SEIN DU CSSS

Les répondants reconnaissent qu'il y a de nombreux efforts déployés pour faciliter la continuité et la coordination des services. Malgré tout, ils identifient des lacunes importantes qui perdurent empêchant l'amélioration du fonctionnement du réseau. Des problèmes de coordination se vivent entre les sites, mais aussi entre les services d'un même site. Certains de ces problèmes sont de nature organisationnelle et d'autres de nature personnelle et professionnelle. Ces diverses problématiques ont des conséquences pour la clientèle, mais aussi sur l'organisation des services. Voyons plus précisément où les changements tardent à aboutir et pourquoi.

– La coordination des services entre sites

Il semble y avoir des lacunes au niveau de la coordination des services entre le CH et le site CLSC. Au début de la réforme, des services ont été mis en place pour assurer la continuité et l'accessibilité des services entre le site du CH et celui du CLSC. Cette nouvelle organisation du travail permettait aussi de développer des relations de travail entre les professionnels des divers sites. À titre d'exemple, une équipe d'intervenants du CLSC cueillait les usagers suicidaires directement à l'hôpital. L'intervenant se trouvait à faire l'accueil et le suivi auprès de l'utilisateur. Cela facilitait la création d'un lien entre l'intervenant et la personne aidée. De plus, ce processus permettait un contact direct entre les intervenants impliqués dans la situation : intervenant social, infirmière, psychiatre, etc. Cette organisation du travail permettait un travail d'équipe entre les membres des diverses institutions et la création de liens entre les différents professionnels du nouveau CSSS.

On est rapidement revenu, cependant, à une sorte de chacun pour soi lorsque l'hôpital a intégré des travailleuses sociales à l'équipe en place. Ce sont elles dorénavant qui assurent le transfert des dossiers entre les équipes des différents établissements. Elles assurent la fonction de tri des

références à acheminer au CLSC. Cette nouvelle pratique a un double impact négatif. D'un côté, on vient en quelque sorte briser le développement du lien avec les usagers, ce qui entraîne probablement par la suite leur absentéisme lors du suivi. De l'autre, on se retrouve encore confronté à un travail en silo entre les établissements puisqu'il n'y a plus de contact interdisciplinaire. Donc, les mécanismes assurant la continuité des services ne se sont pas améliorés.

L'un des principaux irritants du travail en silo, identifié par certains répondants, est que les intervenants du CLSC ont l'impression qu'on leur transfère des cas pour « se débarrasser ». Les professionnels du CH utilisent les services des intervenants du CLSC non pas dans une perspective de continuité de services, mais plutôt pour libérer des places: « J'ai plus le sentiment qu'on me l'envoie pour se débarrasser, pour me passer le problème, parce qu'on a besoin de faire de la place » (Répondant 1). Ces sorties précipitées sans continuité de services amènent leur lots de problèmes. « On me refile la personne avec le problème de trouver un médecin. Mais ils savent très bien que je ne peux pas en trouver. Donc, parfois, mon client va re-décompenser parce qu'il n'a pu renouveler sa prescription et qu'il arrête sa pilule. Je dois le renvoyer à l'hôpital. Donc je suis là pour l'en sortir et je le renvoie » (Répondant 1).

– *La coordination des services et du travail d'équipe intra site*

Le travail d'équipe au sein même du CLSC est une situation qui préoccupe plusieurs intervenants rencontrés. Les expériences varient de l'un à l'autre. Certains reconnaissent que la refonte de certaines équipes, par l'ajout de certains professionnels notamment, a des impacts positifs sur l'organisation des services.

Différents phénomènes peuvent expliquer la situation. Parmi les éléments évoqués par les répondants, on retrouve la présence de zones grises dans l'orientation de la clientèle, des contraintes budgétaires et des facteurs humains. Selon certains répondants, le travail d'équipe est en quelque sorte une solution pour aider à ce que la continuité des services s'organise. Il est « temps en santé mentale qu'on reconnaisse qu'on est interdépendants vraiment, parce que nos clients sont de plus en plus lourds. C'est de plus en plus complexe et on ne peut pas ignorer l'expertise de notre collègue [...] ni même [celle] notre client » (Répondant 1). La transmission d'informations plus efficace assure la prise en charge plus rapide des dossiers. De plus, le fait qu'il y ait dans certains secteurs des rencontres multidisciplinaires avec « un médecin et des psychiatres qui participent à nos rencontres, bien ça nous permet de nous orienter plus vite et plus efficacement dans nos interventions pour aider cette personne-là » (Répondant 4). Cette dernière affirmation fait la preuve que le travail d'équipe dans certains cas est l'une des solutions pour assurer une bonne continuité des services. Cependant, tout n'est pas aussi facile selon certains répondants puisque le travail d'équipe au sein même du site CLSC est difficile

En fait, il y a des zones grises dans les critères d'admissibilité des différents services. Selon les intervenants interrogés, certains services sont organisés autour de clientèles cibles, alors que d'autres le sont par programmes. Ainsi, il devient difficile d'orienter certaines demandes dans un secteur en particulier lorsque l'utilisateur peut se retrouver dans plusieurs secteurs à la fois. C'est le cas des gens de plus de 65 ans souffrant d'un problème de santé mentale et physique, en plus de vivre des difficultés familiales nécessitant une curatelle ou une tutelle. Cette personne pourrait autant se retrouver dans le secteur de santé mentale qu'au soutien à domicile. À qui ira l'utilisateur? Dans un cadre de travail où tous les intervenants ont le sentiment d'être débordés, il arrive fréquemment que ces demandes se retrouvent dans un entredeux. Les équipes se « relancent » le dossier. Il y a donc « des zones grises entre secteurs. On est un même établissement, mais c'est chacun dans sa cour, on ne travaille pas ensemble » (Répondant 1). Ce type d'organisation a pour conséquence d'allonger le temps d'attente pour des usagers qui pourtant en ont grandement besoin vu la gravité de leur état.

Une autre zone grise et irritante concerne les budgets alloués à chaque secteur. Il semble que le partage de l'offre des services ne se fasse pas aussi facilement entre les secteurs du CSSS, quand il est question de budget. Un répondant expose les limites du travail d'équipe quand il est question de répondre au besoin des clients et que cela implique plusieurs secteurs. Le syndrome du chacun pour soi semble perdurer :

OK, moi je vais piloter le dossier, mais j'ai besoin de ça de chez vous. Je suis capable de la remplir la grille bleue pour évaluer les besoins de madame et évaluer son niveau de fonctionnement, [...] mais donne-moi les services que je te demande après. C'est chacun pour soi : tout le monde revient à « c'est mon budget ».
Administrativement, c'est ça que ça fait. (Répondant 1)

De plus, dans l'organisation avant la réforme, le secteur de la santé mentale était dédié seulement pour les personnes de 65 ans et moins. Maintenant, dans le cadre du nouveau mandat conféré aux CSSS, le secteur de la clinique en santé mentale devra assurer les services aux personnes souffrant de troubles mentaux jusqu'à 99 ans. Alors, « on se retrouve dans une situation où on n'a pas les intervenants qu'il faut pour répondre aux demandes de la clientèle adulte, et là il faut s'occuper de la clientèle de plus de 65 ans, et cela, sans avoir une cenne de plus, pas un intervenant de plus » (Répondant 2).

La volonté d'assurer la continuité des services pour les clients est donc loin d'être atteinte. Depuis la fusion, même si les institutions se sont liées et qu'il y ait plus de communication entre les professionnels, ce rapprochement n'est pas nécessairement gage d'un meilleur travail d'équipe selon les répondants. Certains professionnels acceptent de partager leur expertise et de travailler en équipe, tandis que d'autres non : « Ça dépend des personnalités » (Répondant 1). « Il y a eu beaucoup de résistance, beaucoup de peur de tout le monde. [...] Il y a comme plus de résistance à travailler ensemble avec le client » (Répondant 1). Alors, soit qu'on « travaille ensemble autour du client ou qu'on travaille chacun de notre bord » (Répondant 1).

Inévitablement, cela entraîne des conséquences pour les usagers, mais aussi pour les professionnels. En fait, premièrement, il y a le tiraillement « c'est à qui le client? » qui fait émerger des conflits entre les équipes de travail. Il y a une incompréhension quant à la nouvelle façon de fonctionner et de diriger les demandes à l'interne:

On se retrouve avec un conflit avec les soins à domicile qui nous disent « la clientèle santé mentale 65 ans et plus là, ceux qui ont des problèmes psychologiques ou psychiatriques, c'est à vous autres ça » et là nous on dit « bien écoutez, vous vous en occupiez avant des 65 ans et plus avec les problèmes de santé mentale aussi, c'était votre clientèle et vous travailliez avec la psychogériatrie à Pierre-Janet, non? » (Répondant 2)

Deuxièmement, les informations concernant les usagers ne les suivent pas toujours et ils sont obligés, malgré la fusion des établissements, de raconter répétitivement leur histoire personnelle. Selon le principe de continuité des services, l'information sur les usagers devrait être accessible à l'intérieur des dossiers, mais celle-ci n'est pas transmise automatiquement. Cela amène les professionnels à reprendre le travail déjà effectué dans des rencontres antérieures ou ignorer des informations importantes pour le suivi de la personne :

[Les intervenants du CH] vont juste nous envoyer l'évaluation psychiatrique et une petite évaluation d'une infirmière ou d'une TS, même s'ils auront fait des rencontres familiales ou des interventions semblables. Ils ne vont pas nous donner de détails de ce qui a déjà été fait pour qu'on ne recommence pas. Moi j'ai l'impression que trop souvent notre client recommence encore, alors que normalement il ne devrait pas avoir à recommencer. Vu qu'on est un même établissement, ça devrait être une continuité. (Répondant 1)

Bref, on remarque des difficultés autour de la question de la coordination des services à l'intérieur du CSSSG, mais aussi à l'intérieur d'un même site, tel le CLSC. Les intervenants ont soulevé ces difficultés et attendent des mesures pour corriger la situation. Notamment, ils déplorent qu'il n'y ait pas de rencontres organisées entre le CH et le CLSC afin de faciliter le travail d'équipe, mais aussi des relations entre les professionnels des deux sites. « Ça fait comme deux, trois ans qu'on demande à rencontrer les équipes des hôpitaux – on est un même établissement – pour dire “voilà, on ne fait pas juste s'appeler là, on ne connaît pas juste le numéro de poste, on connaît la binette de la personne [...], on s'est expliqué entre nous autres ce qu'on attend les uns des autres”. » (Répondant 1)

COORDINATION ET CONTINUITÉ ENTRE LE CSSS ET SES PARTENAIRES.

Certains répondants soulèvent des problèmes de continuité de services au-delà des murs des institutions fusionnées, c'est-à-dire au niveau des échanges avec les partenaires du CSSS. Ils notent des difficultés au niveau de l'accessibilité aux services des partenaires, aux niveaux des références et de l'accès à l'information.

Concrètement, la réforme prévoyait un système de transfert amélioré entre les services de première ligne et ceux de deuxième ligne afin d'en faciliter l'accessibilité. Ce système devait être mis sur pied pour déterminer les responsabilités respectives des acteurs. Cependant, ces

mécanismes sont inexistantes ou dysfonctionnelles, selon les répondants. Les règles qui distinguent les services de première et de deuxième ligne sont floues et inégales. En fin de compte, ils considèrent qu'ils ont, à l'intérieur de leur charge de cas, des usagers qui auraient besoin de services spécialisés de deuxième ligne et ils n'y ont pas accès. Ceci semble entraîner un sentiment de surcharge chez les intervenants :

Je ne peux pas le référer. Et s'il y a un cas qui est supposé être un cas sévère, trouble dépressif très sévère, à moins de le faire passer par l'hôpital et que là il irait à Pierre-Janet par ce mode-là, je ne peux pas, en externe, l'envoyer moi. Je pourrais toujours lui dire « va voir ton médecin de famille qui va faire une référence au psychiatre » et là il attendrait. Mais entretemps, c'est moi qui vais le suivre, mais je ne peux pas l'envoyer aux intervenants de deuxième ligne. Donc il n'y a pas cette deuxième ligne là. [...]

Et en même temps, un guichet d'accès avec des cibles où il faut traiter rapidement les gens, et en même temps il faut s'occuper de la clientèle de première ligne, deuxième ligne en réalité, ça fait que je n'ai pas la disponibilité moi pour prendre des cas à toutes les semaines en grande quantité. Et on n'est que quelques intervenants, c'est donc mission impossible. [...] On ne peut pas à la fois avoir des intervenants en première ligne qui font de la première ligne, de la deuxième ligne et puis prendre une partie de ces intervenants pour faire le guichet d'accès, pour faire de la liaison. On ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre. (Répondant 2)

Les problèmes de continuité de services entre les partenaires et le CSSSG se vivent aussi dans les procédures de transmission d'information sur les usagers. En voici deux exemples. Le premier exemple concerne l'accès aux rapports provenant des psychiatres du CH Pierre-Janet pratiquant au Centre hospitalier de Gatineau. Pour avoir accès à ces rapports psychiatriques, les intervenants ont toujours besoin, comme dans le passé, de l'autorisation. Un répondant affirme que la continuité n'est pas améliorée même si le CH et le CLSC font partie du même établissement : « On est encore bloqués [...]. Il faut encore signer des autorisations [...] Il y a des délais et toute l'information n'est pas transmise » (Répondant 1). On veut améliorer la continuité, mais il y a encore un « truc qui coince » (Répondant 1). Le deuxième exemple se vit avec les centres de crise régionaux. Les organisations ne sont pas autorisées à transmettre de l'information entre elles s'il y a risque de suicide ou d'homicide. L'intervenant qui a référé un usager à un centre de crise ne peut donc vérifier si oui ou non son client est en sécurité et a consulté.

Bref, malgré la fusion des établissements, il existe encore des lacunes qui entravent la continuité des services pour les usagers. Même si on tente de faciliter la transmission d'information et le travail d'équipe en fusionnant les établissements, le problème reste le même quand on a à travailler avec les partenaires. Les problèmes anciennement vécus entre le CH et CLSC concernant l'autorisation de transmission d'informations sont maintenant vécus entre le CSSS et ses partenaires. De plus, le manque de règles claires limite l'accessibilité et la continuité des services entre les services de première et de deuxième ligne. Le problème a seulement muté à un autre niveau selon les intervenants sociaux interrogés. Le travail en silo

perdre entre les différentes organisations qui ont un mandat particulier et qui ne peuvent ou ne veulent en déroger.

Pour certains, il faut « arrêter de se passer un sapin et de dire on va travailler ensemble dans la continuité » (Répondant 1). Il faut arrêter de faire comme dans le passé où on « le gardait et faisait sa petite part de job dans son petit service » (Répondant 1). Il faut penser plus globalement, travailler en partenariat et être capables, entre sites, d'avoir un peu plus de « souplesse de dire oui, il n'est pas en crise suicidaire, oui il n'est pas malade, sauf qu'il aurait besoin d'un 24 heures d'arrêt » (Répondant 1) à l'hôpital pour que cet usager ne décompense pas et ainsi assurer une meilleure qualité de service.

2.2.2. La politique en santé mentale

Un autre changement législatif qui a transformé le contexte de la pratique est la nouvelle politique de santé mentale, c'est-à-dire le plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens* (MSSS, 2006). Celle-ci a pour objectif d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services. Elle semble engendrer des changements au niveau des structures du travail et des mandats des nouvelles institutions fusionnées. Pour appliquer les nouvelles mesures, sur le plan organisationnel, on invite les établissements à créer une structure, un guichet d'accès unique, afin de gérer l'évaluation et l'orientation de l'ensemble des demandes de services. Ensuite, sur le plan des mandats, elle demande d'élargir les critères donnant accès aux services de la clinique de santé mentale.

L'élargissement de la clientèle

Les répondants font remarquer que dorénavant, la clinique couvre la clientèle de 18 à 99 ans, alors qu'auparavant, celle de 65 ans et plus se retrouvait dans les services du soutien à domicile. Ils constatent une augmentation des demandes et par le fait même la création d'une liste d'attente beaucoup plus complexe et longue : « Ça a créé des débordements incroyables » (Répondant 2). Ces changements apportent leur lot d'inconvénients et placent beaucoup de pression sur les épaules des intervenants. En fait, maintenant :

Tout le monde a le droit à des services en santé mentale, toutes les cliniques médicales peuvent référer, tous les organismes communautaires, du moment que quelqu'un a été vu à un moment donné et qu'il y a eu un diagnostic aussi léger que troubles anxieux, ou troubles dépressifs de léger à modéré, [...], du moment qu'il y a un diagnostic ça donne accès aux services. (Répondant 2)

En plus de l'augmentation des demandes, les répondants constatent aussi une complexification des problématiques. Il n'est pas rare de retrouver en CSSS des clients présentant une double problématique ou des problématiques plus spécifiques nécessitant une expertise particulière, telles la schizophrénie, le trouble de la personnalité ou la dépression majeure : « On n'avait pas cette clientèle-là avant là au CLSC. C'était plus Pierre-Janet » (Répondant 3).

C'est ainsi que les CSSS doivent offrir des services de deuxième ligne à même leurs effectifs actuels : « On doit faire de la première ligne en santé mentale. La réforme est faite de façon à ce qu'il ait une deuxième ligne en santé mentale, je ne parle pas juste une deuxième ligne qui est hôpital psychiatrique, mais une deuxième ligne au niveau du suivi » (Répondant 2). La difficulté, selon un répondant, c'est que le CSSS, pour diverses raisons, n'a pas mis en place cette deuxième ligne, ce qui a pour conséquence que les personnes dont la situation s'alourdit ne peuvent être transférées à un service spécialisé. C'est ainsi qu'en fin de compte, certaines personnes restent à l'intérieur des « charges de cas » d'intervenants de première ligne alors qu'elles ne le devraient pas.

Les nouveaux services : le guichet d'accès

La centralisation des demandes à un guichet unique n'a pas les effets escomptés jusqu'à présent. Certains ont l'impression que cette structure engendre une perte de temps, le processus est loin d'être efficace selon eux : « Ça fait le contraire évidemment. On évalue à un [endroit, puis] ça s'en va au guichet. Ils réévaluent pour voir [...] s'il ne manque pas des choses pour nous retourner ça [ensuite] un mois ou deux mois plus tard. [...] En santé mentale ça ne marche vraiment pas » (Répondant 5).

Parmi les autres irritants découlant de la mise en place de ce guichet, il y a l'utilisation des ressources humaines. Les intervenants qui sont utilisés pour assumer les responsabilités du guichet proviennent de l'équipe de santé mentale. Donc, il y a des tâches d'évaluation et d'orientation qui mobilisent des intervenants, ce qui, du coup, diminue le nombre d'intervenants disponibles pour travailler directement auprès de la clientèle : « Malgré l'augmentation des budgets, tu n'as pas plus d'intervenants sur le terrain. Tu as plus d'intervenants globalement, mais tu as des intervenants là-dedans qui font de la gestion de listes d'attente » (Répondant 2). Pourtant, la Politique fixe des cibles précises en termes de temps de réponse à certaines demandes. On exige une prise en charge d'une clientèle plus grande dans un délai déterminé. Ceci met beaucoup de pression sur les intervenants puisqu'on n'a pas augmenté les effectifs du service de santé mentale. En fait :

Il faut que le guichet d'accès réponde en tant d'heures à une demande de services. Il faut qu'il y ait un intervenant impliqué dans un délai de tant de semaines. Ça vient mettre beaucoup de pression sur les intervenants qui doivent assumer les clientèles. Il y a une avalanche de demandes et il y a moins d'intervenants pour répondre qu'avant. (Répondant 2)

La charge pour les intervenants semble donc être lourde. L'augmentation des demandes, les règles plus strictes à respecter quant aux délais et l'absence d'accès aux services de deuxième ligne augmentent la pression sur les intervenants : « Un guichet d'accès avec des cibles, où il faut traiter rapidement les gens et en même temps il faut s'occuper de la clientèle première ligne, deuxième ligne en réalité, [...] et on n'est que quelques intervenants, c'est donc mission impossible » (Répondant 2). La mise en place du guichet est irréalisable selon certains répondants. Ils reconnaissent l'investissement de certains cadres et intervenants qui veulent le

mettre en place, mais malgré cette volonté, en bout de piste, « tout le monde essaie d'organiser cette affaire-là qui ne marche pas » (Répondant 5).

2.2.3. Le projet de loi 21 modifiant le Code des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines

L'annonce de cette loi semble susciter beaucoup d'insécurité et d'inconfort, et créer une certaine pression chez les intervenants sociaux. Il y a plusieurs questions qui demeurent en suspens : comment cette loi sera-t-elle appliquée? Comment reconnaitront-ils les acquis des intervenants sociaux? Qui va être reconnu ou non comme psychothérapeute? Des inquiétudes de la sorte sont soulevées par les répondants. Ils craignent que cette loi « cantonne » la pratique du travail social à des actes précis.

Avant l'arrivée de cette loi, la pratique du travail social était, au dire des répondants, clairement définie. Ils se sentaient compétents et l'ensemble des actes posés faisait partie de leur « coffre à outils ». La venue de ce projet de loi provoque un certain chaos. Certains enjeux et malaises sont recensés. Sachant difficilement ce qu'ils pourront ou non faire encore, les intervenants appréhendent l'idée de perdre le droit de pratiquer certaines techniques d'intervention et de voir leur pratique professionnelle limitée.

Pour les répondants, l'intervenant social est spécialiste des relations de la personne avec son environnement. Les intervenants se voient comme une courroie de transmission entre la personne et sa famille, les organisations communautaires du milieu, les différentes institutions, etc. Ils accompagnent la personne dans la recherche et l'utilisation de ses ressources personnelles et sociales. Plusieurs disent pratiquer plutôt des techniques dites thérapeutiques au lieu d'affirmer faire de la psychothérapie. De plus, ils se perçoivent aussi comme des « boîtes à outils » au service des personnes : « La richesse du travail social c'est d'avoir plein de cordes à notre arc » (Répondant 1). La pratique du travail social provient d'un continuum allant de la recherche jusqu'au soutien communautaire et à l'intervention clinique thérapeutique. Concrètement, un intervenant social en santé mentale dans un CLSC passe de la recherche de logement à de la recherche d'aide alimentaire, de la libération de surendettement à de l'accompagnement aux rencontres médicales, de l'utilisation de techniques thérapeutiques à de la sensibilisation et à des prises de conscience dans le but de modifier des comportements, des dynamiques familiales, de couple, etc. L'un des répondants démontrait par un exemple d'intervention comment la latitude de son travail est riche: « Aller faire l'épicerie avec le client c'est thérapeutique et tout ce qu'il peut te raconter en dehors du bureau, c'est thérapeutique. Ce n'est pas de la psychothérapie, mais c'est thérapeutique. [...] Je peux utiliser ces données après dans le bureau pour travailler à une prise de conscience de ses comportements » (Répondant 1).

Les craintes associées à l'adoption et la mise en œuvre de la Loi 21

L'annonce de cette Loi semble avoir des impacts avant même son adoption et sa mise en œuvre. Les travaux ayant précédé sa rédaction et la parution de la première proposition ont suscité

plusieurs réactions chez les intervenants sociaux œuvrant dans le service de santé mentale. Certains craignent de ne pas être reconnus professionnellement ou encore d'être confinés à des tâches particulières.

RECONNAISSANCE DE LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL

Les répondants racontent qu'historiquement, les intervenants sociaux étaient majoritaires à l'intérieur des équipes de travail en santé mentale. Un de ceux-ci affirme que la Loi 21 donne une place prépondérante à la psychologie dans les équipes de santé mentale en CSSS et ce, au détriment du travail social. Pour certains, bien qu'ils apprécient l'apport de leurs collègues, anciens et nouveaux, cette situation démontre la perte d'une place importante du travail social dans ce champ de pratique : « On n'est pas trop sûr de l'impact de ça sur notre pratique. Est-ce que ça va nous tasser, nous mettre en position plus faible au plan professionnel, moins reconnus par rapport aux psychologues? » (Répondant 2).

Présentement, plusieurs intervenants autres que les psychologues – ARH, infirmière, psychoéducateur et intervenant social – exercent à la clinique de santé mentale et pratiquent des techniques provenant de la psychothérapie : « Est-ce que ces gens-là vont [...] se faire dire qu'ils n'ont plus les compétences quand ça fait des années de pratique qu'ils ont? » (Répondant 2). Un des répondants affirme que cela serait improductif : « Ça serait bête que dans un système déjà surchargé, les intervenants soient mis dans un état de confusion qui les rend moins productifs, qui les rend moins aptes à rendre des services à la population. Ça va dépendre comment ça va s'appliquer tout ça » (Répondant 2).

Les répondants appréhendent la difficulté d'obtenir le titre de psychothérapeute ou de professionnel de la santé mentale en tant qu'intervenant social. Est-ce que la loi 21 reconnaîtra leurs compétences, leurs années d'expérience, leurs formations, etc. pour faire de la psychothérapie? « Vas-tu pouvoir avec ça être reconnu par l'Ordre des psychologues comme psychothérapeute? Je ne suis pas certain » (Répondant 2). En fait, comment pourront-ils accorder le titre de psychothérapeute aux autres professionnels qui ne détiennent pas de doctorat quand ils l'exigent à leurs membres? Vont-ils reconnaître les connaissances expérientielles?

Moi j'ai développé quand même des expertises que je vois entre autres au niveau de la psychothérapie. Si on regarde théoriquement ce que je fais là, oui c'est de la psychothérapie. Donc est-ce que je vais pouvoir continuer de le faire? J'espère que oui. [...] J'ai les compétences pour le faire, que ce soit avec les gens traumatisés, j'ai la formation, les compétences de le faire. (Répondant 1)

C'est en regard à ces points que les répondants s'interrogent. De plus, ils se questionnent si cette loi ne favorise pas tout simplement l'embauche de psychologues pour intervenir en santé mentale au détriment des intervenants sociaux. Sinon, exigeront-ils des intervenants sociaux de posséder une maîtrise, d'être reconnus par l'Ordre des psychologues ou d'être supervisés en

privé, etc. Un répondant soulève que, avec cette loi, « en tous les cas, ça va être plus compliqué pour les travailleurs sociaux » (Répondant 2).

Enfin, la tendance qui semble vouloir se dessiner d'attribuer des tâches en fonction des titres professionnels pourrait accentuer la hiérarchie entre professions au dire des répondants. Selon eux, ce retour en arrière favorisé par la loi 21 aura pour effet de créer une rupture avec les anciennes façons de faire en CLSC. En santé mentale, avant

il y avait un mouvement plus égalitaire où les intervenants qu'ils soient psychologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, infirmières en santé mentale ou autres, on était des intervenants en santé mentale avec une formation de base différente, mais on se retrouvait dans une spécialité qui était l'intervention santé mentale. (Répondant 2)

Alors, le fait d'attribuer les tâches en fonction des titres professionnels viendra redéfinir les professions, mais aussi compartimenter les pratiques: « Toi tu es psychologue, tu fais ça et le travailleur social on va le mettre en charge des papiers » (Répondant 1).

LIMITER LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL

Certains appréhendent ainsi le retrait du droit de pratiquer la psychothérapie ou les techniques s'y apparentant. Pour certains, dans le cadre des pratiques en santé mentale, il y a inévitablement une dimension d'intervention clinique qui inclut de la psychothérapie : « En santé mentale, il faut que tu fasses le travail social clinique » (Répondant 2). « Ça va avoir l'air de quoi le travail d'un travailleur social au sein de l'équipe santé mentale si on ne fait plus de psychothérapie? On va faire quoi? [...] De l'organisation de services? » (Répondant 3). D'après les répondants, en limitant la pratique psychothérapeutique des intervenants sociaux, on restreint leur pratique professionnelle puisqu'ils l'utilisent régulièrement lors de leurs interventions : « La tâche la plus importante des psychologues, c'est la psychothérapie et nous, travailleurs sociaux, on est comme des intervenants multitâches, ce qui inclut en partie la psychothérapie qui représente une grosse partie de l'intervention en santé mentale » (Répondant 3).

Limiter le rôle du travail social enlèverait la richesse de cette profession selon les intervenants interrogés. En fait, les intervenants sociaux peuvent jouer plusieurs rôles : accompagnateur, médiateur, enseignant, avocat, thérapeute, etc. « C'est là, moi où ça me fait peur. C'est dans quoi ils vont nous bloquer dans nos rôles, parce qu'on a plein de cordes, on a une richesse en travail social. Je trouve qu'on va perdre si on nous coince dans des affaires précises là » (Répondant 1). Ils craignent que les actes qui leur seront réservés, soient principalement reliés à de la « paperasse » tels les tutelles, les curatelles, les mandats d'inaptitude, etc. : « Les actes réservés des TS ça va être les mandats. [...] On va être obligés, on n'aura plus le choix de le faire ou pas. On va devoir le faire » (Répondant 1).

Il semble, que si le rôle de l'intervenant social se limite à l'organisation de services sans le droit de pratiquer de la psychothérapie, il y aura une vague de désintéressement pour la pratique du travail social en santé mentale : « Ça, si c'est le cas, ça va devenir moins intéressant, parce que ce n'est pas tout le monde qui veut travailler avec cette clientèle ». (Répondant 3). « Je ne deviendrai pas un gratte-papier. Je ne deviendrai pas juste [quelqu'un] qui remplit des dossiers de surendettement et des demandes de logement. [...] Peut-être que je ferai un autre métier » (Répondant 1).

Quelques enjeux

Il semble que cette situation engendre des enjeux particuliers pour la pratique du travail social en santé mentale dans un CSSS. Les répondants ont l'impression que l'adoption et la mise en œuvre de la Loi 21 a des conséquences sur le plan de la hiérarchie entre professions, de la compartimentation de la pratique du travail social et de la reconnaissance de la profession.

L'importance que prend la profession de psychologue dans le cadre de cette loi est un signe de hiérarchisation entre les professions : « On vient leur donner le monopole d'une place là. [...] Ça vient comme juste camper davantage la hiérarchie de certaines professions par rapport à d'autres » (Répondant 1). Un répondant ajoute qu'il a l'impression que le travail social devient « un peu sous-professionnel » (Répondant 2). De plus, il semble se dessiner une tendance à la compartimentation du travail social. Ainsi, selon les répondants, restreindre certains actes dans la pratique viendra réduire la richesse du travail social en santé mentale.

Bref, la venue de cette loi a pour but, selon eux, de règlementer et d'encadrer la pratique de la psychothérapie afin de réduire certains abus ou erreurs professionnels qui ont eu lieu dans le passé. Plusieurs sont d'accord avec ces moyens de contrôle pour « éviter les charlatans ou éviter que des gens qui s'y connaissent mal » (Répondant 2) interviennent sans avoir eu au préalable des formations appropriées ou qu'ils interviennent avec des techniques qu'ils ne maîtrisent pas. Cependant, ce virage de contrôle pour corriger les « mauvais élèves » (Répondant 2) peut aussi causer certains effets pervers démobilisateurs pour ceux qui font leur travail professionnellement : « Pourvu que l'Ordre ne devienne pas trop un ordre dans le sens péjoratif, c'est-à-dire axé sur le contrôle excessif des membres avec les inspections professionnelles. [...] Ils vont peut-être démobiliser bien du monde avec ça à la longue. Ils vont peut-être en chercher des travailleurs sociaux à un moment donné » (Répondant 2). Déjà « avec les inspections professionnelles, les rapports pour la formation continue, il faut que tu prouves encore et autrement ta compétence. [...] On veut être pris au sérieux, mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès là » (Répondant 2).

2.3. Impact de ces changements

Présentement, les changements qui s'opèrent dans le réseau ont des impacts sur l'environnement de travail des professionnels. Certains touchent la pratique de travail social,

l'organisation du travail et les conditions de travail et causent des préoccupations, voire des problèmes de santé.

2.3.1. Sur la pratique du travail social en milieu institutionnel

Si les impacts de la réforme se vivent de façon inégale d'un répondant à l'autre, tous constatent des modifications de leur environnement, telles que présentées précédemment. Certains ressentent toujours avoir autant d'autonomie dans leur planification, l'organisation et la réalisation de leur intervention. Ils affirment que les changements n'ont pas influencé leur pratique individuelle : « On est très autonome, [...] on me fait confiance dans ma pratique. » (Répondant 1). Pour un autre répondant : « Ça ne m'a pas influencé. J'interviens de la même façon, j'ai mon approche, j'ai ma couleur d'intervention. » (Répondant 4). La clé, selon eux, est de demeurer centré sur les besoins et intérêts du client, « même si ça me demande de sortir d'un cadre qu'on nous impose » (Répondant 1) par exemple en allongeant la durée du suivi.

En contrepartie, pour d'autres, les moyens de contrôle engendrés par le nouveau système bureaucratique modifient leurs manières d'intervenir. Certains se sentent « écrasés et minés » par ce système. Ils se sentent obligés « de travailler d'une autre façon. [...] afin de répondre aux exigences » (Répondant 5). Ces exigences les poussent à écourter les suivis : « On essaie des fois de modifier des pratiques et d'essayer de mettre fin à des suivis prématurément » (Répondant 2). Certaines fois, le suivi avec les usagers nécessite un plus grand nombre de rencontres que les règles actuelles ne le permettent, mais « il faut arrêter de niaiser avec la *puck*, il faut que vous vous en occupiez des autres » (Répondant 2).

Cette situation engendre chez certains des conflits éthiques mettant en jeu leur jugement professionnel en regard des normes bureaucratiques. Un répondant affirme que certains usagers « ont besoin d'un suivi long terme parce que, même s'ils vont mieux, ils restent fragiles. Des fois c'est une affaire de plusieurs années. Peux-tu les laisser tomber en plein milieu? C'est très difficile. » (Répondant 2). « Est-ce qu'on termine bêtement, on brise des rapports de confiance qui ont été longs à établir et qui ne se rétabliront peut-être pas quand les gens sortent blessés d'une relation d'aide qui est devenue significative? Ce n'est pas évident » (Répondant 2).

Un second aspect soulevé concerne la complexification des situations des usagers qui utilisent les services de la clinique de santé mentale en CSSS. Les répondants perçoivent une demande de spécialisation de la pratique du travail social. Ils doivent faire face à des problématiques de plus en plus spécifiques et multiples, ce qui engendre une obligation de se spécialiser. Le travail social en CSSS dans le secteur de santé mentale requiert davantage de connaissances et d'expertises afin de répondre aux demandes et besoins de la clientèle actuelle : « On se retrouve avec une clientèle beaucoup plus "poquée", plus lourde, plus vulnérable qui était desservie par Pierre-Janet dans le passé, mais maintenant c'est la première ligne qui doit suivre ces gens-là. [...] Alors on doit aller s'outiller et développer la compétence pour aider ces gens-là » (Répondant 3).

Les propos des répondants permettent de constater que les intervenants ne réagissent pas tous de la même façon face aux nouvelles contraintes. On constate que la pratique du travail social en milieu institutionnel est influencée par la transformation des structures internes et le type de gestion autant que par la transformation de l'organisation des services dans l'ensemble du réseau avec le transfert de clientèle et de responsabilité entre les établissements.

2.3.2. Impacts sur l'organisation du travail

Les répondants ont l'impression que le système de santé et de services sociaux se bureaucratise plus que jamais. Ils précisent que la tendance est axée de plus en plus sur les données quantitatives plutôt que sur la qualité des services. On semble évaluer le travail en regard du nombre de rencontres effectuées par jour. Ces exigences administratives prennent deux formes particulières selon les intervenants interrogés. On demande plus d'interventions par jour et on augmente la nature des tâches administratives en ajoutant de nouvelles responsabilités.

L'heure est à la performance. On demande « d'intervenir trois, quatre fois par semaine; trois, quatre fois par jour. Et il faut que je rende mes stats, c'est une question de performance. Il faut en faire le plus possible » (Répondant 4). Les répondants sont préoccupés du fait que la quantité de travail semble primer sur la qualité des interventions : « Ce qui importe, c'est le nombre de clients qu'on nous demande et non pas une qualité de travail. Ça m'inquiète beaucoup le nombre de rencontres qu'on nous demande. On perd la vision de la qualité du travail » (Répondant 1). Les statistiques sont importantes pour les gestionnaires puisqu'il faut répondre aux normes du MSSS afin d'obtenir le financement.

Les répondants rapportent que d'un côté, on demande d'augmenter le nombre de rencontres par jours, alors que de l'autre, on augmente le nombre de tâches administratives, notamment la codification des données de leurs dossiers. Ils soulèvent que le contexte actuel de travail dans le réseau engendre l'obligation de rendre des comptes par divers moyens de contrôle : statistiques, codification de temps consacré aux différentes activités significatives quotidiennes, répertoire de la liste d'attente au guichet d'accès en santé mentale, etc. Cela alourdit le travail des intervenants : « On nous demande des comptes constamment et c'est correct, mais en même temps [il faut prendre conscience qu'il y a] aussi la pénurie de personnel, c'est aussi tout ça qui fait que c'est de plus en plus lourd » (Répondant 1). Une contrainte paradoxale émerge donc dans le système, soit le fait que le temps passé à exécuter les tâches administratives limite la possibilité d'augmenter le nombre de rencontres. « Ce qui me dérange c'est d'avoir à faire des tas de papiers pour rendre des comptes qui m'empêchent d'être avec les clients [...] si ça me prend une heure par semaine pour faire mes stats, je vais voir un client de moins par semaine » (Répondant 1).

Un second répondant résume bien la situation qu'engendre le manque généralisé de personnel. En réalité, « Moi au CLSC, il n'y a pas de secrétaire, il n'y a pas de gestionnaire. On fait notre travail de secrétariat nous-mêmes. Ça fait que je fais du travail de secrétariat, du travail de

gestionnaire, du travail de statistiques. Des fois je me dis que je suis sous-employé. Je ne suis pas employé là où je performe le mieux » (Répondant 5).

Bref, les répondants vivent deux types de pressions. Le premier concerne la charge de travail qui s'est accentuée de manière significative et qui donne plus d'importance à la quantité qu'à la qualité du travail.

À un moment donné ils parlent beaucoup de la reddition. Ça a mis plus de pression, oui. C'est assez dur là. Je t'avoue que des fois j'y pense quand même. Je ne peux pas être indifférent, mais je m'y oppose. [...] J'essaie de m'éloigner de ça, moi, je ne veux pas rentrer là-dedans parce que je trouve que j'en ai assez de pression dans mon travail. Cette pression-là, je trouve que c'est plus sain quand elle vient des clients, de la qualité qu'il faut que je mette sur mes interventions, plutôt que ça vienne de mon employeur. (Répondants 4)

Le deuxième type de pression relève des outils de contrôle. Les répondants reconnaissent en partie l'importance d'avoir des moyens de contrôle ou d'évaluation du travail. Toutefois, le système actuel ne permet pas d'évaluer à sa pleine mesure le travail réalisé selon eux. Ces outils ne sont pas représentatifs du travail réel, ce qui mine le moral des intervenants et engendre une pression qui ne réside pas tant dans la charge de travail que dans l'incapacité de rendre compte réellement de la nature de leur apport. Un répondant a l'impression que

C'est comme un peu schizophrène ce qu'on nous demande parce que ce que je mets sur les papiers ça ne rend pas vraiment compte de ce que je fais réellement [...]. Il me semble que ça ne leur donne pas non plus un réel poulx de ce qui se passe dans le réseau et de ce qu'on fait comme travail. Je pense que c'est ça qui est peut-être le plus déprimant ou absurde, parce qu'on perd le sens de ce qu'on fait en termes de qualité de travail. (Répondant 5)

En réaction au nouveau système de gestion, on assiste à la mise en place par les intervenants de stratégies d'adaptation afin de rendre compte davantage du travail réalisé. En fait, les normes de codification sont calculées par jour et par client et non en fonction de la durée ou de l'intensité de l'intervention. Alors ce n'est pas représentatif du travail réel. Par exemple, même si un intervenant exécute plusieurs actes pour un même client dans la même journée (entrevue thérapeutique, démarche auprès d'organismes, téléphones au médecin et au centre de crise, etc.) et que le cumul des heures allouées est d'une demi-journée de travail, statistiquement on ne comptera qu'une intervention. Alors, pour contrer cette façon de calculer les interventions, les intervenants chercheront à échelonner leurs démarches sur plusieurs journées afin qu'elles puissent être calculées comme des interventions significatives :

Donc ça va me demander, par exemple, de dire je vais avoir fait toutes mes démarches une journée avec mon client, mais au lieu de toutes les marquer dans mes notes la même journée, il va falloir que je dise que le 20 j'ai fait telle démarche, le 21 j'ai fait telle autre, le 22 j'ai fait telle autre, parce sinon administrativement on ne va pas calculer ce que j'ai fait. (Répondant 1).

2.3.3. Impacts sur les conditions de travail

Les changements qu'amènent la réforme et le nouvel établissement fusionné, affectent les conditions de travail des employés et certains intervenants se sentent surchargés. Il semble que présentement, les organisations prennent moins soin de leurs employés et de leurs conditions de travail. La pression en milieu de travail est importante, certains évoquent des situations particulièrement difficiles de certains employés du CSSSG avec qui ils ont eus à intervenir : idéation suicidaire, démission, etc.

La surcharge au travail ressentie par plusieurs répondants en amène certains à l'idée de démissionner : « Si, à un moment donné, moi je ne suis comme plus capable parce que ce qu'on nous demande est stupide, bien soit je retournerai dans le communautaire, soit j'irai planter des fleurs. C'est ce que je dis, parce que pour moi ce qui est important c'est la personne » (Répondant 1). En plus de la surcharge, les habitudes de travail, les relations interpersonnelles et le climat changent. Il y a une forme de repli sur soi de plusieurs intervenants, un isolement. Ils estiment que l'esprit de groupe et la convivialité du milieu de travail qui régnaient avant les fusions sont disparus : « Je trouve que c'est très individualisé. Des fois tu te promènes dans le couloir et toutes les portes sont fermées et c'est de même longtemps. Moi je trouve ça plate. Je ne sais pas si c'est la réforme qui amène ça, si c'est parce qu'ils travaillent fort et qu'ils ont des grosses clientèles, si c'est la reddition de comptes qui amène ça » (Répondant 4).

En fait, le sentiment d'appartenance semble se déplacer. Les gens ne sentent plus faire partie d'un établissement, le CLSC, mais plutôt d'une équipe, l'équipe de santé mentale. C'est durant les rencontres d'équipe que les personnes peuvent échanger sur leur situation personnelle et trouver un soutien en milieu de travail. Si l'on se fie aux propos des répondants, le sentiment d'appartenance à l'établissement est en déclin. Concrètement, depuis la réorganisation par les fusions, plusieurs intervenants sont appelés à déménager. Il existe un va-et-vient d'intervenants qui sont mutés dans divers sites, certains partent et d'autres arrivent. Les règles tacites de fonctionnement sont de moins en moins respectées, ce qui occasionne certains conflits envenimant les relations au travail. En voici un exemple :

L'équipe santé mentale [...] va être appelée à changer de place à l'intérieur de la boîte. [...] Là, dans cette boîte-là plusieurs quittent pour aller ailleurs. Ceux qui restent ne sont plus considérés comme des anciens de la boîte, tu as des nouveaux patrons qui arrivent d'ailleurs, qui choisissent où est-ce qu'ils veulent s'installer et il n'y a plus de respect de l'ancienneté par rapport aux années où tu es dans un édifice et que là tu peux avoir ton bureau, une fenêtre. [...] Ce qu'on nous a dit c'est que la boîte c'est un immeuble où on va placer du monde et vous, vous allez avoir votre place, mais vous n'avez pas à décider où est-ce que vous allez aller. Donc ça, ça crée beaucoup d'insécurité, d'inconfort, de tristesse aussi. (Répondant 3)

L'ensemble du contexte semble amener son lot de stress supplémentaire qui occasionne parfois des conflits entre collègues. En fait, ces changements demandent aux intervenants beaucoup d'adaptation, tels que le déménagement des équipes, les changements de bureau, les nouvelles

façons de faire, les nouveaux gestionnaires, etc. Alors, il surgit de temps à autre des frustrations entre les collègues.

Bien des chicanes dans le sens où c'est une frustration qui est relâchée parce que la personne elle vit plein de stress et là elle a de la difficulté à «dealer» avec ce stress-là. [...] On sent que certaines personnes sont réticentes aux changements. [...] Tu vas pour lui poser une question et elle te répond bête et là ça fait une chicane et ça n'a même pas rapport : elle n'est pas de bonne humeur à cause du changement de bureau. (Répondant 3)

Selon les informations recueillies auprès de trois répondants, le nouveau contexte de travail n'a pas eu d'impact direct important sur la santé, ni épuisement professionnel ni autre maladie physique, par exemple. Les impacts se traduisent davantage par l'augmentation du niveau de stress, les problèmes d'adaptation, de fatigue, etc. ayant des conséquences sur l'autonomie, la créativité et la motivation des intervenants. Par contre, les répondants ont précisé avoir été témoins d'impacts sur la santé d'autres travailleurs. En fait, certains ont vu des professionnels de leur entourage souffrir de ces changements et être très affectés : « J'ai vu que les personnes que ça fait une vingtaine d'années qui sont là, ont été très affectées par tout ce changement-là. [...] Pour elles, ça devient comme ce qui fait déborder le vase et elles ont dû prendre des journées de congé » (Répondant 3).

Un répondant ajoute qu'il ne pourrait pas travailler dans ce contexte à temps plein puisque c'« est trop étouffant pour moi, ça étoufferait ma créativité. Oui, à [temps partiel] oui, je garde une certaine liberté et une autonomie sur moi-même » (Répondant 5). Un autre répondant, quant à lui, a exprimé que ce contexte avait affecté sa motivation. Cette baisse de motivation se relie à la perte du goût de s'investir au CSSS : « Par exemple, il va y avoir des partys de CSSS, je n'irai pas là. Ça ne me tente pas. Je n'ai pas le goût d'investir pour le CSSS, j'ai le goût d'investir pour le CLSC ici, le programme de santé mentale » (Répondant 4).

2.4. L'avenir de la pratique du travail social

Pour assurer l'avenir de la pratique du travail social, les répondants mettent l'accent sur des aspects à prendre en considération et proposent des pistes de solution. On y retrouve des changements à apporter principalement au niveau de la reconnaissance et on propose des pistes concrètes pour améliorer la situation.

2.4.1. Reconnaissance

Dans certains cas, les intervenants en travail social ont l'impression que leur pratique n'est pas aussi importante que celle des autres professionnels de la santé : « Les travailleurs sociaux on se sent [...] comme bien pfft! Le travail social c'est moins important » (Répondant 1). On espère que la réforme et la Loi 21 viendront structurer davantage le travail en institution dans le domaine de la santé mentale afin de démontrer la complémentarité des professions et l'importance de l'une et de l'autre. Les répondants expriment le besoin de s'affirmer en tant que

professionnels et d'être reconnus au même titre que les autres professionnels sans se sentir diminués : « On peut-tu réaffirmer qui on est, sans se sentir diminué, sans sentir qu'on n'a pas notre place » (Répondant 1).

De ce fait, ils veulent se réapproprier la place qui leur revient : « Il va falloir qu'on prenne vraiment notre place, faire reconnaître nos compétences et que les différents professionnels sont interdépendants, qu'on soit psychologue, travailleur social ou psychiatre » (Répondant 1). Pour y arriver, un répondant soulève l'importance de se mobiliser pour défendre la profession du travail social en institution : « On en a une place, mais laquelle on va prendre? Il faut la prendre et pour la prendre il faut se mobiliser, il faut arrêter de rester assis sur son derrière » (Répondant 1). On affirme qu'il faut faire reconnaître la profession davantage, ce qui ne signifie pas être en compétition avec les autres professionnels.

Les professionnels pratiquant le travail social s'attendent à être reconnus sur le plan professionnel et ce, autant par les gestionnaires que les autres professionnels. Ils s'attendent à être respectés au plan professionnel : « On a un jugement professionnel qu'on doit exercer ». (Répondant 2).

2.4.2. Actions concrètes pour améliorer la situation dans les CSSS

Pour améliorer la situation, les répondants soulèvent plusieurs pistes d'action : 1) auprès de l'Ordre, 2) auprès des gestionnaires, 3) auprès des autres professionnels et 4) auprès des intervenants exerçant le travail social dans le domaine de la santé mentale.

Actions auprès de l'Ordre

L'amélioration de la situation des intervenants sociaux en CSSS passe par des actions précises de l'Ordre des travailleurs sociaux, thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) selon les répondants. Ils identifient trois demandes particulières à faire à leur ordre professionnel : 1) identifier clairement les champs de pratique spécifiques du travail social en santé mentale; 2) rehausser la reconnaissance du travail social dans les autres milieux de pratique (notamment dans le privé) et 3) garder une dimension humaine dans ses rapports avec les membres.

Selon les répondants, l'Ordre devra entreprendre des actions concrètes pour rehausser l'image de la profession et ainsi ramener sa reconnaissance au même niveau que celle des psychologues ou d'autres professionnels de la santé. Certains répondants ont fait remarquer que l'image de la profession dans le secteur de la santé mentale en milieu institutionnel semble pâlir au profit des psychologues. La Loi 21 confère à ces derniers des champs de pratique spécifiques en santé mentale. Quant aux répondants, ils constatent une recrudescence de l'embauche de psychologues dans leur équipe. Les intervenants sociaux ont développé des expertises et des spécificités au cours des dernières décennies et l'Ordre devrait en faire la promotion afin d'assurer une reconnaissance de ses membres.

Le manque de reconnaissance de la profession dépasse le milieu de travail institutionnel. En fait, les répondants soulignent que leur profession est sous-estimée à plusieurs endroits, notamment par les compagnies d'assurance privée. L'OTSTCFQ devra s'y attaquer. En fait, un répondant fait remarquer que dans la pratique privée, la profession du travail social n'est pas aussi reconnue que la psychologie. «Il faut qu'on valorise notre profession. Tu vois au gouvernement fédéral, même si tu es formé en post-trauma, si tu es travailleur social, on ne paye pas, les assurances ne payent pas, juste parce que tu es travailleur social» (Répondant 1).

Enfin, les répondants affirment que l'OTSTCFQ doit rester humain. Il doit être encadrant avec ses membres, mais aussi les appuyer. Les normes et les codes d'éthique sont d'une grande importance et doivent être respectés par les membres. Cependant, au dire de certains, il faut garder un équilibre entre la protection du public et le respect des membres. Sans excuser les écarts de conduite qui ont pu se produire de manière isolée dans le passé, il ne faut pas s'y arrêter comme si c'était une pratique courante. Il faut éviter de pénaliser tous les membres en resserrant l'étau avec des lois et des inspections automatiques de la pratique. «Disons qu'il y a toute une façon de faire qui doit demeurer : l'humain avant tout là, il faut qu'ils appliquent ça avec leurs membres» (Répondant 2).

Actions auprès de l'établissement

Les répondants affirment qu'il y a des actions qui doivent être menées au niveau de leur propre établissement local afin d'améliorer leur situation au travail. On identifie trois sphères d'action : 1) se solidariser entre intervenants, toutes professions confondues, afin de résister à la surcharge de travail; 2) réaffirmer les besoins d'information et de formation ainsi que de favoriser le travail multidisciplinaire; et 3) s'assurer de contribuer au maintien d'un climat de travail agréable pour tous.

Les répondants proposent qu'en groupe, tous les intervenants confondus revendiquent et nomment leur incapacité à répondre aux attentes exigées par le MSSS et par les gestionnaires. Il semble que la solidarité soit un bon moyen pour se faire entendre et dénoncer les situations de travail inacceptables ou l'irréalisme des cibles d'intervention. Un répondant soulève que quelquefois, il est essentiel d'être en mesure de dire non et d'établir ses limites pour démontrer son professionnalisme : « Il faut que tu sois professionnel : bien tu te tiens debout et tu leur dis non des fois » (Répondant 2).

De plus, les intervenants au CSSS de Gatineau ont déjà mis en pratique certaines actions et elles ont porté fruit : « Ça n'avait plus aucune sorte de bon sens ! [...] On a dû faire connaître que pour nous autres, ça ne marchait plus. On s'est fait entendre à notre gestionnaire et on a pris une position de groupe pour dire que ça ne marche pas là! » (Répondant 2). Les gestionnaires ont bien réagi et été à l'écoute de leurs intervenants : « Ils nous ont mis de la pression, mais quand on a réagi, ils ont su comprendre et faire preuve d'écoute. Ça, ça aide au moins à notre niveau. Au moins si les gestionnaires comprennent qu'on ne peut pas faire de miracles, c'est déjà pas

pire. [...] Il va falloir qu'ils aillent expliquer ça à l'Agence, qu'ils défendent leurs employés et leurs intervenants » (Répondant 2).

Les répondants reconnaissent aussi des lacunes dans le processus de circulation de l'information dans le nouveau CSSS. Ils s'attendent à ce qu'il ait plus de fluidité au niveau des informations concernant l'organisation et à recevoir davantage d'information au sujet des changements en cours ou à venir. Ils aimeraient, par extension, être plus impliqués puisqu'ils sont concernés : « Ça serait le fun qu'ils nous informent qu'il y a ça qui est en train de se mijoter, et nous demandent "comment vous verriez ça, puisque vous allez travailler avec tous les jours", t'sais » (Répondant 1).

Ensuite, les répondants sont d'avis que ce qui leur permet de faire évoluer leurs pratiques, c'est le travail multidisciplinaire et l'accès à de la formation. Alors, en offrant plus de formation et en permettant davantage le travail d'équipe et d'activités d'échange, le travail, la motivation et l'intérêt des intervenants seraient grandement améliorés. En fait, la formation est un besoin pour se tenir à jour. Quelques répondants ont soulevé l'importance des formations comme moyen de ressourcement : « [Ce] qui vient influencer ma pratique [...], ce sont les formations que j'ai, ce sont les lectures que je fais, c'est le partage multidisciplinaire qu'on fait ensemble » (Répondant 4).

Les répondants soulignent qu'il est de plus en plus difficile d'avoir accès à de la formation depuis la fusion des établissements. Les budgets de formations étant fusionnés, il est beaucoup plus rare d'en obtenir puisque l'établissement est en déficit budgétaire. Lorsque toutefois cela est possible, les procédures pour y avoir accès sont longues, pénibles, frustrantes et démobilisantes. Les règles et les étapes n'en finissent plus : « Mais aussitôt que je vois des choses comme ça : on fait une demande à un endroit, il faut faire une demande ailleurs et si ce n'est pas accepté, tout ça [...], moi quand je vois ça là... pffft! Ça me coupe bien raide, ça scie les jambes » (Répondant 4).

Enfin, certains répondants affirment l'importance du travail d'équipe. Il doit être rassembleur et plaisant : « [Je] suis là-dedans parce que j'ai des gens qui sont sur ce groupe-là, c'est le fun et on a du plaisir à être ensemble et à faire des affaires de même » (Répondant 4). Les répondants reconnaissent qu'il faut s'investir dans les activités ayant cours dans le milieu de travail afin de recréer des liens interpersonnels avec les nouveaux collègues de travail. Selon eux, il faut retrouver du plaisir à venir au CLSC et se réinvestir auprès des collègues de l'équipe de santé mentale.

Actions auprès des professionnels de l'équipe de santé mentale

Les répondants proposent aussi des actions auprès des autres professionnels de l'équipe de santé mentale. Ils proposent d'augmenter le travail d'équipe pour faire prendre conscience de

l'importance de l'interdépendance du travail professionnel et de la complémentarité des expertises professionnelles.

Certains expriment une déception face à l'attitude de certains collègues psychologues qui veulent se réserver un champ de pratique unique au détriment des intervenants sociaux. Pour l'un des répondants, il faut élargir, arrêter de définir et de compartimenter le travail par profession. Le travail en santé mentale doit être fait davantage dans une approche multidisciplinaire : « Moi je pense qu'il est temps, en santé mentale, qu'on reconnaisse qu'on est vraiment interdépendants. Nos clients sont de plus en plus lourds, c'est de plus en plus complexe et on ne peut pas ignorer l'expertise de notre collègue. Et on n'est pas les sous-fifres des uns ou des autres » (Répondant 1).

Pour certains répondants le travail multidisciplinaire est enrichissant. La division du travail se fait en fonction de l'expertise professionnelle de chacun, mais ensuite vient un partage de connaissances et d'expertise ou l'échange de dossiers entre collègues. Cette façon de faire apporte du support aux collègues, mais améliore la qualité du travail :

Avec lui je travaille vraiment bien. Quand on a des demandes, on regarde : est-ce que c'est un dossier plus à teneur sociale ou à teneur de travail de psychothérapie, et là on va se les donner. Et des fois on va le prendre parce que moi je suis surchargé ou lui est surchargé, mais on se rend compte qu'il y a une teneur à travailler plus loin, soit en travail social, soit en psychothérapie/psychologue et on va en parler à notre client et on va se le transférer. (Répondant 1)

Bref, les relations interprofessionnelles en milieu de travail deviennent une source importante de motivation et de satisfaction. La quotidienneté des rapports avec les collègues d'une même équipe fait en sorte que la reconnaissance mutuelle est recherchée.

Actions avec des intervenants exerçant dans le domaine de la santé mentale

Les répondants ont abordé des thèmes relatifs à la pratique professionnelle. On souligne la nécessité de réfléchir au travail social, mais aussi, de manière plus large, à l'intervention sociale, ce qui inclut des professionnels d'autres formations.

Les répondants affirment que pour garantir l'avenir du travail social, les intervenants qui le pratiquent, devront se donner des lieux de réflexion afin de penser leur pratique et revenir aux valeurs du travail social. Des répondants affirment qu'ils doivent comme professionnels, revenir à la défense des droits axée sur l'environnement et s'impliquer dans la communauté : « C'est notre rôle normalement, d'être avocat, défenseur des droits et toutes ces affaires-là et on ne l'est pas assez, moi je trouve. [...] Il y a beaucoup trop de travailleurs sociaux qui restent assis dans leur bureau, je trouve, en santé mentale » (Répondant 1). Selon un autre répondant, il faut arrêter de faire de la psychothérapie, pratique qui n'est pas nécessairement celle du travail social, et descendre plus dans la rue pour revendiquer les droits des clients. Arrêter de centrer

les interventions uniquement sur les sphères de la personne, mais y aller davantage vers l'environnement :

On peut travailler d'autres aspects aussi et apprendre à travailler autrement que la psychothérapie. [...] Bien je pense qu'on va avoir à juste modifier et regarder plus au niveau de justement tout ce qui entoure la personne et travailler avec son milieu [...] peut-être travailler plus avec le milieu de la personne, plutôt que la personne toute seule en psychothérapie. (Répondant 3)

Dans une perspective élargie de l'intervention sociale, certains répondants expriment le besoin de réfléchir, non seulement avec des intervenants sociaux, mais aussi avec d'autres professionnels sur des questions éthiques, le sens de la liberté professionnelle, etc. L'objectif est de redonner un sens à l'intervention sociale de manière générale :

La seule chose que je souhaiterais pour l'avenir, [...] ça serait de se donner des lieux pour réfléchir [...] et de se garder une liberté professionnelle, au moins individuelle. [...] Et tant mieux si des gens peuvent se rassembler un peu pour donner un sens à leur pratique, parce qu'en ce moment je n'en vois pas trop dans l'organisation. Chaque personne, pour moi, peut donner un sens à son travail et ça, ça va faire peut-être changer les choses. [...] Des petits regroupements où on sent des affinités, pas nécessairement ton groupe officiel, mais avec des intervenants avec lesquels tu sens des affinités ou qui ont envie de réfléchir eux aussi. Peu importe que tu es dans telle case ou telle autre. (Répondant 5)

En exposant l'opinion et les perceptions des intervenants sociaux concernant la réforme de 2004, nous avons identifié les transformations du contexte de pratique qu'elle a entraînées sur la pratique, l'organisation et les conditions du travail au sein de l'équipe de santé mentale au CSSSG. Cela a conduit à énoncer quelques pistes pour assurer l'avenir du travail social.

3. ANALYSE

Les entrevues font ressortir un certain nombre de malaises et d'opportunités qu'il convient maintenant d'explorer. L'évolution des valeurs sociales et la gestion adéquate du changement en milieu institutionnel ouvrent des pistes à explorer.

3.1. Le contexte actuel et l'évolution des valeurs sociales

La pratique du travail social évolue constamment en fonction des mutations de la société dans laquelle elle se déploie. Les valeurs sociales et les besoins de la population se modifient et la réponse de l'État, via les politiques publiques et ses institutions, tente d'y répondre. Certaines valeurs dont celle de performance, prennent une place importante dans la société et les institutions s'y adaptent. La pratique du travail social n'y échappe pas.

3.1.1. La quête de la performance et le calque du privé dans le secteur public

Les valeurs sociales de performance et de rentabilité ressortent de nos entrevues parce qu'elles entraînent des transformations dans le fonctionnement du RSSS au Québec et par le fait même dans la pratique du travail social. Larivière (2007) soulevait la tendance qu'ont les institutions actuelles à mettre en place des stratégies de gestion relevant de la nouvelle gestion publique (NGP). Les répondants de notre recherche évoquent un type de gestion d'une époque pas si lointaine dont les idéaux semblaient être davantage centrés sur « une liberté, une vision humaine. C'était vraiment emballant évidemment comme projet. [...] Vouloir vraiment atteindre des grands buts humains » (Répondant 5). Maintenant, « ce n'est pas le temps de réfléchir, on est dans le faire. [...] On veut aller vite » (Répondant 5).

Les valeurs sociales dans les organismes publics sont contaminées par l'idéologie gestionnaire née dans les entreprises privées (De Gaulejac, 2005). Dans le réseau, la quête de la performance fait partie des visées du MSSS dans le remaniement du système de santé pour des raisons d'économie et d'efficacité. Les répondants considèrent que les résultats prédominent présentement sur le processus. C'est la quantité plutôt que la qualité. La demande de faire toujours plus avec moins est bien ressentie au CSSSG. Cette philosophie vient confronter les intervenants sociaux interrogés puisque pour eux, la qualité est définie par le respect du processus et de la relation avec les usagers pour répondre adéquatement à leurs besoins réels et non des cibles définies par le MSSS.

Cette divergence idéologique n'est pas nouvelle. Elle est observée depuis les premières vagues de fusion dans les années 1990 (Mayer, 2002). Cela risque de désagréger l'organisation, d'uniformiser et de bureaucratiser les pratiques (Demers et coll., 2002). Certains répondants ont observé que le nouveau système finit par modifier leurs manières d'intervenir puisqu'ils sentent l'obligation « de travailler d'une autre façon [...] afin de répondre aux exigences » (Répondant 5), par exemple en écourtant certains suivis : « On essaie des fois de modifier des pratiques et de mettre fin à des suivis prématurément » (Répondant 2). Pour des raisons de performance, les

intervenants se font dire qu'il faut qu'ils s'occupent d'autres usagers. Cette situation finit par les « écraser » et les démobiliser.

L'appareil public tend à offrir des services pouvant se mesurer au moyen d'outils de contrôle basés sur des données probantes et les meilleures pratiques (Bourque, 2009). Cette stratégie empruntée au secteur privé et centrée sur les résultats afin d'améliorer le rendement, néglige parfois la réponse aux besoins réels de la population (Merrien, 1999 dans Bourque, 2009). Pourtant, selon Dejours (2009), ce calque est une erreur puisque le rendement ne peut s'évaluer de la même façon au privé qu'au public dont la clientèle est plus vulnérable et les résultats significatifs, plus longs à obtenir.

La fusion des milieux sociaux et médicaux a des conséquences aussi sur les pratiques sociales (Larivière, 1997 dans Mayer, 2002). Nos données confirment un changement de culture et une prédominance des approches médicales et psychologiques au détriment du travail social. Les entrevues montrent que la réforme a accentué les rapports hiérarchiques non seulement au niveau de la gestion, mais aussi entre les professionnels. Depuis l'arrivée du CSSSG, les acteurs influents sont davantage les médecins et les psychologues. La santé est devenue une valeur sociale importante dans notre société (Blais, 2008) et la maladie est physique plutôt que sociale de sorte que ce sont les médecins qui sont les experts : c'est « le médecin qui impose et les autres professionnels qui disposent » (Répondant 1). L'approche sociale des CLSC devient de plus en plus une sous-culture selon l'impression de nos répondants.

L'adoption de nouvelles lois concernant la santé mentale et les actes réservés a fait changer certaines méthodes de travail, accordant une prédominance aux approches psychologiques. Pour certains, c'est une forme de hiérarchie entre les professions qui prend naissance, et qui a amené l'embauche de plus de psychologues au CSSSG et modifié l'offre de services de l'établissement. Les pratiques psychothérapeutiques sont davantage préconisées en santé mentale. Réservées à certains intervenants, elles camperont, selon les répondants, la pratique sociale « à de la paperasserie » (Répondant 1). Ce sentiment de perte professionnelle amène les intervenants sociaux à vivre de l'insécurité et réduit leur sentiment d'appartenance au CSSS.

Soumises aux influences médicales et psychologiques, les pratiques d'intervention des CSSS sont éminemment orientées vers des approches individuelles. La pratique du travail social tournée vers la considération des facteurs environnementaux trouve de moins en moins sa place. À la limite, ces facteurs ne sont considérés que dans la mesure où ils permettent de guérir d'où l'utilisation du travail social dans des mandats d'organisation de services. L'amélioration des conditions de vie n'est considérée qu'en vue de réduire la demande de services à l'établissement. Cette tendance influence de manière significative la pratique, mais aussi la place du travail social en CSSS.

Nos résultats de recherche démontrent que les nouvelles valeurs sociales de performance et le calque des stratégies de gestion du secteur privé ont des impacts sur la pratique du travail social en institution. De plus, les divergences entre les logiques gestionnaires, médicales et psychologiques et celle de l'intervention sociale soulèvent des conflits lorsque ces cultures se rencontrent. Comment peut-on espérer marier des cultures et des idéologies aussi différentes dans un même établissement sans s'attendre à des chocs culturels et des conflits de valeurs aussi importants? Il était illusoire de croire à un rapide match parfait : « Ça va être long à mettre en place parce qu'en même temps nos pratiques et nos histoires de pratique, quand on parle de culture d'établissement, sont profondément différentes » (Répondant 1).

3.1.2. Nouvelles stratégies de gestion

Ces changements amènent l'État à modifier ses structures et ses institutions en élaborant des nouvelles lois et politiques pour répondre aux nouveaux besoins de la population, tout en respectant son cadre financier. Tel a été le cas, au début des années 2000, dans un contexte de resserrement budgétaire. La volonté de l'État était aussi de faire face à certaines problématiques de santé, notamment dans le champ de la santé mentale, et de rendre le réseau plus efficient. On procède alors à une nouvelle réforme et on instaure de nouvelles stratégies de gestion dans les établissements publics.

Nous ne sommes pas devant la première réforme en profondeur du RSSS au Québec. Toutes avaient l'objectif similaire d'améliorer les services à la population, mais les contextes différents ont placé la gestion devant des défis différents. En fait, Collerette (2008) expose bien la différence marquante entre cette réforme et celle amorcée lors de la Révolution tranquille. L'auteur compare les périodes de 1960-1978 et de 1990-2008, qui ont été le théâtre d'ajustements des structures étatiques et des stratégies de gestion afin de répondre aux besoins de la population selon les valeurs dominantes de chaque époque. Les changements sociaux et organisationnels qu'ont connus les années 1960-1978 étaient plus faciles à intégrer que ceux des années 1990-2008, puisqu'ils consistaient à ajouter plus de mieux-être et de confort tant pour les professionnels que pour la population bénéficiant des services. La situation actuelle fait face à un défi de gestion plus grand. Elle est marquée par un contexte de ressources financières plus limitées, de rupture et de gestion de la décroissance qui apportent peu d'amélioration au cadre du travail et rationalisent les services à la population (Collerette, 2008).

Cette gestion de décroissance explique sûrement le malaise ressenti par les intervenants interviewés. Ce qu'ils comprennent des objectifs premiers de la réforme de 2004 est en fait la volonté de diminuer les coûts de fonctionnement en optimisant les ressources en place. Cette recherche d'efficacité et d'efficacités doit se comprendre dans un contexte de resserrement budgétaire (Turgeon et coll., 2003). Cela explique sans doute leur impression d'un manque de personnel et de ressources pour faire le travail demandé : « On se retrouve dans une situation où on n'a pas les intervenants qu'il faut pour répondre aux demandes de la clientèle adulte et, là, il

faut s'occuper de la clientèle de plus de 65 ans, et cela, sans avoir une cenne de plus, pas un intervenant de plus » (Répondant 2).

Ce nouveau fonctionnement du RSSS s'inscrit dans une gestion axée sur les résultats afin d'atteindre les objectifs de la réforme de 2004 (MSSS, 2004). Les nouvelles méthodes de gestion bureaucratiques donnent l'impression aux intervenants interrogés que le MSSS est axé sur la quantité plutôt que sur la qualité. En fait, cette orientation sur les résultats est probablement responsable du sentiment que ressentent les intervenants quand ils affirment avoir l'impression de répondre davantage aux besoins identifiés par le MSSS qu'à ceux de la population.

Pour le ministère il est devenu primordial d'établir des mécanismes de référence, de suivi fonctionnel ainsi que des stratégies reposant sur l'engagement et la responsabilisation des intervenants et des gestionnaires. Selon le MSSS, la constitution d'une organisation décentralisée et plus souple favoriserait les conditions d'atteinte des résultats pour assurer cette orientation (MSSS, 2004). En pratique, cela met de la pression sur les intervenants et les gestionnaires et en inquiète plusieurs. Les intervenants interrogés ont l'impression de perdre la dimension interpersonnelle des rapports tant entre les professionnels et les gestionnaires qu'avec la population : « C'est trop impersonnel le réseau. C'est trop anonyme, personne n'est vraiment concerné » (Répondant 5).

Pour atteindre ses objectifs, le MSSS a modifié les mandats conférés aux régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) en les transformant en agences de la santé et des services sociaux (ASSS) (Turgeon et coll., 2003). Il a changé leur fonction de conseil pour celle de décideur, leur faisant un devoir d'assurer la gestion des nouveaux CSSS (Idem). Ce changement de rôle amène les CSSS à n'avoir plus aucun pouvoir règlementaire ou budgétaire (Idem). L'imputabilité est donc verticale et plus hiérarchique (Idem). Les intervenants en ont bien fait transparaître l'impact sur leur travail. Les plus vieux ont observé un changement du style de gestion ne favorisant pas leur implication et ni leur participation aux prises de décision, alors que c'était le cas dans le système de gestion du CLSC. Le malaise ressemble à celui décrit par Bouchayer (2008) dans l'une de ses études : les intervenants sociaux se retrouvent mal informés de ce qui se passe dans l'institution et ont l'impression que tout est décidé d'avance peu importe leur position ou opinion. Ceci crée un certain désengagement envers l'institution fusionnée, un certain chacun-pour-soi, un genre de « chacun dans son bureau ».

Ce nouveau rôle de décideur de l'ASSS peut expliquer l'impression de rigidité ressentie dans le système et celle d'éloignement des liens entre gestionnaires et intervenants depuis la fusion des établissements. Il semble que dans cette nouvelle structure hiérarchique, il soit plus difficile d'entretenir des liens avec les gestionnaires et les réponses aux demandes qui leur sont adressées passent par des démarches plus longues et laborieuses : « On fait une demande à un endroit, il faut faire une demande ailleurs et si ce n'est pas accepté, tout ça [devient super

compliqué]. [...] Moi quand je vois ça là, pfft! Ça me coupe bien raide, ça me scie les jambes » (Répondant 4).

Certains auteurs ont observé, dans des recherches antérieures sur des fusions d'établissements, que la communication et les relations devenaient plus formelles et créaient une distance entre les gestionnaires et le personnel (Richard et coll. 2007; Larivière 2007) : « On ne sait plus à qui il faut faire affaire quand on a besoin de quelque chose. [...] les numéros de téléphone, les noms, c'est difficile à obtenir » (Répondant 4). Les gestionnaires sont moins accessibles, car c'est « gros, c'est grand, on ne voit pas souvent les gestionnaires » (Répondant 5).

Pour éviter le plus possible les conséquences sur les employés et sur l'institution, les changements doivent être orchestrés adéquatement (Collerette, 2008). Cet aspect ne semble pas être pris en compte dans la gestion du RSSS qui se trouve ainsi confronté à de multiples obstacles rendant la fusion des établissements difficile et retardant l'actualisation de cette nouvelle réforme.

3.2. Le pilotage d'un changement organisationnel et les pièges du processus de changement

La réforme de 2004, avec les changements répétés et l'ampleur des travaux, amène, selon Collerette (2008), des conséquences autant sur les organisations que sur les employés. Même si parfois un changement organisationnel majeur est nécessaire, cela présente de gros défis de pilotage pour l'actualiser et le réaliser. Selon Collerette (2008), tous projets s'opérant dans l'administration publique peuvent se réaliser pourvu que des pratiques de gestion appropriées soient adoptées. Il faut éviter certains pièges que des recherches antérieures ont identifiés. Un excès de certaines façons de faire rend les organisations moins performantes, fragiles et de moins en moins capables d'intégrer le changement. C'est le syndrome de l'épuisement organisationnel (Collerette, 2008). Pour cet auteur, une gestion adéquate du changement repose sur la méthode, la rigueur et le réalisme. Pour réussir un changement et réduire les risques d'effets secondaires sur le personnel, il est important d'être attentif au nombre de projets à entreprendre et à leur taille (Idem).

La dernière réforme du RSSS, avec ses nouvelles lois et ses nouveaux mandats, semble alourdir considérablement la tâche des dirigeants et des intervenants. Tous ces changements, autant en nombre qu'en intensité, sont vécus par les répondants comme un brassage qui, tout en suivant les traces des réformes passées pour améliorer le système de santé et offrir des services de qualité en continuité ajoute encore une couche de changements organisationnels lourds pour le RSSS et ses travailleurs.

3.2.1. Les impacts d'une gestion inadéquate

Dans tout processus de changement normal, les gens passent par diverses étapes – dé cristallisation, transition et recristallisation – qui demandent une certaine adaptation au

personnel pour modifier leurs méthodes de travail ou leurs pratiques (Collerette et coll., 1997). La volonté de retrouver une routine de travail et l'homéostasie nécessite un déploiement supérieur d'énergie pour le personnel (Suissa, 2000; Collerette et coll., 1997). Sans encadrement adéquat, il arrive que le personnel doute de la pertinence du changement, ce qui empêche l'atteinte du bénéfice escompté (Collerette et coll., 2009). Pour faciliter le changement et pour contrer le plus possible ces effets secondaires, il faut permettre une maîtrise plus rapide du nouveau système par du mentorat par les pairs (Collerette et coll., 2009) ou de la formation (Larivière, 2007). L'apprentissage permet d'augmenter le sentiment d'efficacité et de réduire les risques de malaise chez le personnel (Collerette et coll., 2009).

À la lumière de nos résultats de recherche, on peut affirmer que les intervenants interrogés vivent des effets négatifs d'une gestion inadéquate. Certains interprètent le changement négativement et le voient comme une régression. Ils soulèvent de sérieux doutes sur les retombées réelles de la réforme. On voulait économiser de l'argent afin de l'utiliser pour offrir de meilleurs services à la population. On constate, au contraire, un alourdissement de la structure administrative, une diminution des ressources professionnelles auprès de la clientèle et une remise en question de la pratique du travail social : « Est-ce que ça vaut la peine? » (Répondant 2).

Les membres de l'équipe de travail interrogés, tant sur le plan des pratiques professionnelles que de l'organisation administrative, se situent dans les phases de décristallisation et de transition d'un processus de changement. Sur le plan des pratiques professionnelles, certains conviennent qu'il n'y a eu aucun changement. Ils continuent à intervenir comme ils le faisaient auparavant avec autant d'autonomie, à leur manière. D'autres au contraire dénoncent des habitudes « individualistes » comme garder les clients pour soi-même, alors qu'il faudrait travailler ensemble et être en mesure de revoir les processus d'intervention d'un professionnel à l'autre ou d'un service à l'autre. Dans le processus de changement, ces divergences indiquent qu'on en est encore à l'étape de décristallisation pour les uns et dans la transition pour les autres et qu'il n'y a pas de nouvelle cristallisation permettant d'installer les routines d'intervention.

L'organisation administrative se situe davantage à l'étape de la transition. La refonte des équipes a placé rapidement les praticiens dans une phase de décristallisation qui ne se vit pas sans critiques : « Ce qui me dérange c'est d'avoir à faire des tas de papiers pour rendre des comptes, ce qui m'empêchent d'être avec les clients » (Répondant 1).

La création de la structure administrative au CSSS a engendré énormément de changements dans les manières de faire, tant professionnelles qu'administratives. C'est ce que Bareil (2008) définit comme des changements multiples et simultanés. Ces nouvelles façons de faire ne sont pas encore entrées dans les mœurs et les délais d'adaptation sont proportionnels à l'imposante structure administrative.

Durant cette période d'adaptation, les gens vivent personnellement des malaises reliés au processus de changement. Les participants à nos entrevues en ont présenté une multitude : stress, frustration, surcharge, désengagement, départ, etc. L'ensemble se fait encore ressentir six ans encore après l'annonce de la fusion. Nous posons comme hypothèse pour expliquer cette situation l'ampleur des changements demandés et une mauvaise gestion du changement. Colletette (2008) utilise les « trop » et les « trop peu » pour nous le faire comprendre.

3.2.2. Les pièges du processus de changement

Rappelons que les « trop » sont des changements considérés comme « trop nombreux », « trop fréquents », « trop gros », « trop dispersés » et « trop vagues » tandis que les « trop peu » sont des changements entrepris avec « trop peu de mises à l'épreuve », « trop peu d'encadrement », « trop peu d'accent sur les pratiques professionnelles » et « trop peu d'accent sur le problème à corriger » (Colletette, 2008).

Les «trop»

Le RSSS est traversé, depuis la réforme de 2004, par une somme importante de changements demandés et enclenchés en même temps : « trop nombreux ». Parmi les pièges qu'entraînent trop de changements simultanés, Colletette (2008) soulève la conséquence possible de confronter les gestionnaires à leurs limites en termes de compétence et de les amener à négliger la gestion des activités courantes au profit de la gestion du changement organisationnel. Concrètement, les intervenants sociaux en santé mentale se retrouvent à gérer simultanément, dans le cadre d'une équipe nouvellement fusionnée, la mise en place d'une nouvelle organisation et de nouvelles façons de faire organisationnelles, et le développement d'une nouvelle offre de services découlant de la politique de santé mentale et ce, tout en maintenant et poursuivant l'offre de services courants. Certains doivent mettre en place la nouvelle structure du guichet d'accès, alors que d'autres doivent poursuivre l'offre régulière de services en maintenant le rendement habituel et ce, sans ajout de ressources.

Quant aux changements « trop fréquents » il faut rappeler que depuis le milieu des années 1990, on a assisté à Gatineau à la fusion des CLSC des Draveurs et du Moulin dans une première vague. La fusion de 2004 a suivi rapidement. Les intervenants sociaux en santé mentale interrogés se sentent, dans un premier temps, constamment en adaptation. Les changements fréquents ont notamment brisé des relations interpersonnelles du fait que des amis quittent pour d'autres fonctions ou pour travailler dans un autre établissement. Pourtant, selon eux, la connaissance des autres intervenants travaillant au CLSC facilitait les échanges professionnels, le travail inter-équipe, et évitait l'isolement professionnel. Maintenant, dans l'établissement fusionné, notre recherche soulève que les liens entre intervenants sont davantage virtuels et impersonnels, les échanges se faisant au téléphone ou par courriel, ce qui accentue l'individualisation.

Au moment de notre enquête, certains répondants se sentaient désintéressés et désengagés envers leur nouvelle institution fusionnée et s'isolaient davantage des exigences gestionnaires. C'est le syndrome du « je ferme ma porte et je fais ce que je veux ou ce que je peux, ce que je pense qu'il est mieux de faire » : « J'ai tellement laissé tomber ça! Je m'occupe de mon affaire, de ma clientèle et de mon équipe. Je ne me suis pas tellement préoccupé de cette [réorganisation] parce que je sais que c'est gros et que c'est difficile » (Répondant 4).

Collerette (2008) parle de changements « trop gros » qui dépassent les capacités de la gestion et celles du personnel qui dispense les services : « C'est trop gros, c'est trop lourd, on veut trop en faire, on nous en demande trop » (Répondant 1). Un autre considère que « les objectifs ambitieux de la réforme ne pourront pas être atteints » parce qu'elle crée « de la pression sur les intervenants qui doivent se débattre avec leurs gestionnaires qui eux doivent se débattre avec l'Agence [...]. On n'est pas capable d'en faire plus qu'avant » (Répondant 2). Selon un répondant qui compte plusieurs années d'ancienneté dans le service de santé mentale, les gestionnaires ne savent plus ce qui se passe à l'intérieur des services qu'ils supervisent. Tel que concluent Demers et coll. (2002), ce mode de gestion hiérarchisé nuit à la collaboration entre les dirigeants et les professionnels et accentue le travail en silo entre les institutions fusionnées. Pourtant, ce problème était l'un de ceux que le MSSS voulait résoudre en créant les CSSS en 2004.

Le quatrième piège porte sur les changements « trop dispersés », des projets peu coordonnés allant quelquefois dans des directions conflictuelles, où l'on retrouve de multiples paliers hiérarchisés et de nouveaux modes de fonctionnement et de gestion. Dans le cas de l'équipe de santé mentale du CSSSG, ces changements dispersés ont pris des formes multiples : 1) sur le plan de l'organisation du travail, on a assisté à la mise en place du guichet d'accès, à un élargissement de la clientèle traitée (de 0-65 ans à 0-100 ans), etc.; 2) sur le plan de la pratique professionnelle, l'adoption de la Loi 21 avec les actes réservés a engendré un climat d'incertitude, de remise en question et parfois de tension; 3) sur le plan des relations de travail, les relations entre gestionnaires et intervenants se sont transformées par rapport aux relations plus égalitaires préexistantes dans les CLSC; 4) sur le plan de l'orientation du réseau, la mise en place d'un système de reddition de compte axé sur les résultats est venu aussi transformer le portrait. Qui plus est, l'ensemble de ces changements engendre des préoccupations parfois contradictoires : comment être plus efficace en termes quantitatifs tout en élargissant la clientèle du service alors qu'une partie de l'équipe est assignée à des tâches administratives visant la mise en place du guichet d'accès?

Collerette (2008) inclut dans ce type de pièges la multiplication des paliers hiérarchiques. Si les intervenants ont reconnu et soulevé ce problème, ils ont aussi signifié que les relations avec les gestionnaires sont devenues plus rigides. Donc, plus de paliers et des relations plus compliquées. À titre d'exemple, des répondants font remarquer que des demandes de formation,

qui passaient antérieurement par un processus administratif plutôt simple, se sont complexifiées puisqu'elles doivent désormais être entérinées par deux ou trois cadres différents. Ce processus devient interminable. Certains ont même reçu l'autorisation après la date de la formation demandée. Bref, notre recherche a révélé des frontières plus étanches entre les gestionnaires et les intervenants. Les liens deviendraient plus difficiles à entretenir puisque les relations et la communication seraient plus formelles. Ces exemples démontrent une rupture significative quant au mode de gestion et aux relations plus égalitaires qui existaient préalablement dans les CLSC. De plus, une structure plus hiérarchique et la prédominance des approches médicales et psychologiques sont ressenties comme des sources de frustration.

Les changements « trop vagues » selon Collerette (2008) désignent des formulations ambiguës et des objectifs opérationnels imprécis. Même si les répondants ont réussi à identifier les objectifs de la réforme, une des plaintes des intervenants interrogés est qu'ils se retrouvent souvent mal informés des processus et de ce qui se passe dans l'organisation. Ainsi le répondant qui soulève que les dirigeants ont annoncé la création d'un département, « mais on n'en entend pas parler » (Répondant 1). Il semble que ce ne soit pas le changement comme tel qui fasse ici problème, mais la difficulté à en saisir le sens : « On flotte dans une sorte d'absurdité, [...] on n'est plus partie prenante de ce qui se passe » (Répondant 5).

Un autre exemple c'est la limitation de la psychothérapie et les actes réservés en vertu du projet de loi 21. Les intervenants ne savent plus ce qu'ils pourront continuer de faire et ce qu'ils ne pourront plus faire. Cet imbroglio insécurise les intervenants sociaux en santé mentale et leur fait vivre certaines malaises. Ils appréhendent de perdre le droit à des techniques de psychothérapie qu'ils utilisent régulièrement dans leur travail et craignent que leur pratique ne soit limitée à l'organisation de services ou à la paperasse. Plusieurs de leurs questions restent sans réponse et les impacts des changements législatifs restent vagues. Ce flou amplifie l'impression de ne pas comprendre le sens du changement.

Les «trop peu»

Le « trop peu de mise à l'épreuve » est un genre d'improvisation, l'engagement dans les changements se faisant généralement dans l'administration publique sans qu'il y ait vraiment eu expérimentation ni évaluation des effets, une sorte de pratique d'essais et erreurs. On se retrouve dans un changement où les effets sont présumés au lieu d'être avérés (Collerette, 2008). Souvent les projets sont proposés et acceptés selon une fenêtre d'opportunité au jugement des responsables politiques. Le MSSS agit comme s'il n'y avait jamais eu d'évaluation ou de recherches sur les réformes du RSSS. Pourtant, des auteurs (Larivière, 1997; Mayer, 2002) ont démontré des effets secondaires de modes de gestion répétés d'une réforme à l'autre qui ne semblent pas être pris en considération.

La vague de fusion d'établissements à plus petite échelle des années 1990 avait pourtant attiré l'attention quant aux conséquences sur les pratiques, notamment de placer la pratique sociale

sous le contrôle de gestionnaires inspirés de l'approche santé : démantèlement d'équipes cliniques; plus grande hiérarchisation du système; conflits de logiques entre gestionnaires et professionnels, entre médical et social, etc. (Larivière, 1997; Mayer, 2002, Bouchayer, 2008). Cette stratégie descendante étudiée par Bégin et Labelle (1990) lors des fusions des années 1990, éloigne les dirigeants de la base (Mercier, 2006) et risque de désorganiser le travail des praticiens et d'uniformiser et de bureaucratiser les pratiques (Demers et coll., 2002). Nos entretiens ont jusqu'à un certain point validé cette analyse. Même si les intervenants interviewés tentent de maintenir leur autonomie dans la planification, l'organisation et la réalisation de l'intervention avec les usagers, ils affirment que dans une certaine mesure, les nouvelles exigences et le style de gestion modifie leur pratique du travail social : arrêt prématuré des interventions, multiplication des cas à suivre, « c'est une question de performance, il faut en faire le plus possible » (Répondant 4). Le temps alloué pour les tâches administratives réduit forcément le temps alloué aux interventions.

Malgré les mises en garde par les théoriciens du changement (Collerette, 2008), le MSSS poursuit toujours et perpétue le « trop peu de mise à l'épreuve » et du même coup le « trop peu d'accent mis sur les problèmes à corriger ». Le risque et le coût à payer à continuer dans cette avenue est de ne pas avoir les effets souhaités. Des recherches ont montré que pour atteindre de meilleurs résultats, il est de mise d'utiliser une gestion participative, horizontale, telle qu'on la retrouvait dans les CLSC et en milieu communautaire (Beaulieu et Giasson, 2005).

Le « trop peu d'encadrement » peut prendre la forme d'une absence de formations spécifiques expliquant les changements attendus ou encore d'un processus d'accompagnement des personnes. Sans formation ni accompagnement, les personnes impliquées dans la mise en place du changement peuvent ressentir des difficultés et douter de sa valeur et sa légitimité (Collerette et coll., 2009). Pour faciliter le processus, l'« accompagnement méthodique des destinataires d'un changement peut accroître significativement les probabilités de succès » (Collerette, 2008 : 44). Ces mécanismes favorisent une gestion réussie du changement et réduisent les effets négatifs de la pression physique et psychologique sur la santé du personnel (Collerette 2008). Hélas, on retrouve très rarement lors des changements organisationnels de mécanismes qui permettent d'encadrer ou d'accompagner le personnel afin qu'il puisse maîtriser davantage les nouvelles pratiques.

Les intervenants rencontrés dans le cadre de notre recherche affirment avoir assisté à certaines formations leur présentant les grandes orientations de la réforme et des changements organisationnels prévus. Toutefois, ils se sont sentis très souvent laissés à eux-mêmes au quotidien ne percevant clairement ni le sens du changement recherché, ni le quand et le comment les nouveaux mécanismes seraient mis en place. Un intervenant l'expose clairement lorsqu'il explique la mise en place d'un nouveau département de psychiatrie au CSSSG : « Ils

vont créer le département, ils l'ont dit, mais regarde, on n'en entend pas parler. [...] c'est quoi exactement les travaux? Ça implique quoi? Ça veut dire quoi? » (Répondant 1).

Le « trop peu d'accent sur les pratiques professionnelles » est important puisque, de manière générale, les professionnels ont tendance à protéger leur autonomie professionnelle. Collerette (2008) avance qu'il est difficile pour les gestionnaires de remettre en question les pratiques professionnelles. Les intervenants rencontrés, bien qu'ils ne soient pas fermés à l'idée, éprouvent certes une tension à cet égard. Ils démontrent une ouverture, voire une volonté sincère de revoir et questionner leurs pratiques professionnelles à condition que cette remise en question se fasse dans une perspective d'amélioration des services offerts à la clientèle. Plusieurs intervenants ont affirmé que les changements demandés allaient plutôt dans une perspective de standardisation et d'uniformisation des pratiques afin de faciliter les mécanismes de gestion et la performance quantitative calquée sur le privé. Plusieurs estiment que les nouvelles exigences administratives engendrent une perte de temps, en fait, plus de temps à justifier l'intervention qu'à la réaliser ayant « à se débattre pour faire respecter notre pratique parce qu'ils arrivent avec des demandes qui n'ont pas de bon sens? » (Répondant 2).

La remise en question de pratiques professionnelles doit se faire en cherchant la collaboration des professionnels. Ces derniers doivent trouver un sens qui dépasse les exigences administratives (Pineault et coll., 2005). Demers et coll. (2002) affirment que les changements se font plus aisément lorsqu'il y a présence de liens informels, de confiance mutuelle, d'interdépendance, de valeurs partagées et lorsque l'on mobilise les gens et leur compétence dans un rapport égalitaire et sans procédures normalisées. Il va sans dire que les grands bouleversements engendrés par la réforme sont plus ou moins propices à la présence de ces conditions. D'une part, la composition des équipes de travail a connu des transformations importantes : fusion des équipes avec les professionnels des trois anciens CLSC, arrivée de nouveaux cadres, etc. Dans ce cadre, il est plus difficile de miser sur les liens informels et la confiance mutuelle puisque ces facteurs sont tributaires de la durée des relations. D'autre part, les rapports égalitaires entre cadres et professionnels sont aussi en mutation, voire en rupture, par rapport aux anciens CLSC. La réforme du réseau mise sur l'établissement de rapports plus hiérarchisés, ce qui correspond notamment à des valeurs de gestion préexistant dans les centres hospitaliers. On constate que les ingrédients favorisant la négociation et la mise en place de nouvelles pratiques professionnelles font défaut à maints égards.

À la lumière de cette analyse, on ne peut que constater les limites de la réforme de 2004, tant sur le plan de l'organisation que sur celui des pratiques professionnelles. Les modes de changement organisationnel embourbent le processus et rendent plus difficile à franchir les phases normales d'un changement. Le gouvernement semble faire peu de cas des conclusions des recherches documentant les désavantages de « trop gros » remaniements. Pourtant, il aurait tout à gagner selon nous à les considérer pour réviser et réaligner ses méthodes s'il désire

réaliser les objectifs de sa réforme. La réforme en cours depuis déjà bientôt sept ans ne semble pas encore s'être actualisée. La prise en compte des « trop » et des « trop peu » serait probablement une bonne piste à explorer.

3. ENJEUX ET PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL EN INSTITUTION

Cette recherche dégage certaines tendances quant à la perception des professionnels face à l'évolution de la pratique du travail social. Les changements législatifs et les impératifs de performance constituent un nouveau contexte qui influence leurs pratiques. Cela soulève des questions et des enjeux pour l'avenir de l'intervention sociale.

4.1. Facteurs influents et impacts du nouveau contexte sur la pratique

La pratique du travail social dans les services de santé mentale en CSSS est touchée par trois grands changements législatifs : la création des CSSS, la mise en place de la Politique de santé mentale et la modification du Code des professions.

4.1.1. Les changements législatifs

La création des CSSS a transformé la mission et les mandats de la première ligne du réseau de la santé et des services sociaux, changeant aussi bien l'offre de services que les cibles à atteindre. La nouvelle stratégie de gestion change le travail administratif des professionnels. Les processus s'alourdissent et se bureaucratisent.

La Politique de santé mentale propose une réorganisation de l'offre de services, notamment par la mise en place des guichets d'accès. Cette réorganisation de services élargit la clientèle touchée, tant au niveau de l'âge que des problématiques. Dorénavant, les CSSS doivent offrir des services plus spécialisés que n'en donnaient antérieurement les CLSC, voire des services qui s'apparentent à la deuxième ligne. Ces services spécialisés prennent souvent la forme de psychothérapie auprès des personnes présentant des problèmes de santé mentale plus complexes. Cette clientèle plus lourde a besoin de professionnels qui ont les compétences pour répondre à cette nouvelle demande, tels des psychothérapeutes accrédités.

La nature des services en CLSC dans le secteur de la santé mentale a alors changé puisqu'ils sont devenus davantage une extension de l'hôpital. C'est une stratégie pour libérer les hôpitaux. Les demandes n'arrivent plus nécessairement de la population en général comme auparavant. Elles proviennent davantage de références internes ou de partenaires (cabinets de médecin, organismes communautaires ou publics, etc.) et les cas sont beaucoup plus lourds. Les professionnels en travail social, qui anciennement répondaient aux demandes, ne sont plus assez spécialisés ou s'ils le sont, à cause de leur expérience, leur expertise est moins reconnue. Leur formation de base ne semble plus répondre aux diverses spécificités qu'exige le travail à la clinique de santé mentale. Les psychologues apparaissent donc mieux placés pour répondre à la spécificité des besoins de psychothérapie.

La modification du Code des professions, qui n'est pas encore mise en œuvre, limitera la pratique de la psychothérapie par des intervenants sociaux puisqu'elle sera réservée aux

psychologues et aux professionnels autorisés à la pratiquer. Dans ce cadre, les CSSS, selon les impressions des intervenants interrogés, favorisent l'embauche de psychologues au détriment d'intervenants sociaux. Les intervenants en travail social sont alors de plus en plus confinés au rôle de gestionnaire de cas, ce qui limite la panoplie d'interventions possible. On se retrouve de plus en plus à compartimenter les pratiques professionnelles, ce qui marque une rupture avec les pratiques qui avaient cours dans les CLSC où les intervenants sociaux occupaient simultanément plusieurs rôles et fonctions. Bref, la création des CSSS, par la fusion des hôpitaux et des CLSC, et l'adoption de différentes politiques et lois subséquentes ont changé les attentes envers les intervenants sociaux. Leur apport est de plus en plus spécifique et déterminé.

Cette transformation du contexte de pratique et la place accordée au travail social dans l'organisation des services engendrent une modification des mandats et des responsabilités des intervenants sociaux et du coup, les invitent à modifier leur pratique. Concrètement, le fait d'être de plus en plus dépendant des pratiques médicales et psychologiques provoque une double tendance, parfois contradictoire : on attend des intervenants sociaux, d'une part, qu'ils développent des pratiques d'intervention plus spécialisées comme la psychothérapie et, d'autre part, on les cantonne dans des pratiques plus techniques de gestion de cas.

Cette situation risque de questionner la solidarité des intervenants au sein de l'OTSTCFQ. Il y aura dorénavant des intervenants sociaux autorisés à pratiquer la psychothérapie et d'autres non. Certains professionnels du travail social ne pourront plus, comme auparavant, se proposer pour devenir intervenants dans le secteur de la santé mentale sans avoir une spécialisation dans le domaine. Alors, il y aura une compartimentation entre les gestionnaires de cas et ceux qui pourront pratiquer la psychothérapie. L'obligation de reconnaissance des compétences par un autre ordre professionnel, celui des psychologues, engendrera de nouvelles attentes et une double allégeance professionnelle. Comment les intervenants sociaux accrédités et ceux qui ne le sont pas cohabiteront-ils sous le même titre professionnel? Ça nous semble un défi important.

4.1.2. La performance

Le changement organisationnel dans le cadre de la réforme de 2004 mise sur de nouveaux postulats axés sur la performance, la hiérarchisation, le pouvoir des gestionnaires, l'imputabilité et l'efficacité, etc. Dans *Une société malade de gestion*, De Gaulejac (2005) soulève que maintenant, dans nos sociétés, on veut gérer et tout contrôler. Cependant, le travail social n'entre pas dans cette logique puisque par son essence même, son histoire, encore aujourd'hui elle est une pratique sociale s'ajustant aux besoins exprimés par la population, aux demandes et dans une certaine mesure à l'évolution des valeurs sociales, les professionnels du travail social se voient confrontés à des variations importantes de leurs rôles et de leurs mandats et il arrive que certaines fois, ils s'y perdent.

Les professionnels de l'intervention sociale peuvent questionner leur propre performance ou questionner les valeurs de performance privilégiées par la société : « Suis-je performant? » et

« Est-ce que je veux être performant »? Lors de gros bouleversements, les praticiens du travail social doivent s'adapter constamment, déployant une énergie supplémentaire pour suivre la cadence et ajuster leur pratique et leurs techniques de travail. Cela amène aussi son lot de confusions quant à ce qu'ils doivent ou ce qu'ils peuvent faire, quant à savoir où commence et finit une pratique qui s'ajuste constamment aux variations des époques.

Est-ce que le travail social gagnerait à mieux se définir? La pratique semble coincée dans un paradoxe. Elle pourrait sans doute se développer comme pratique aussi spécifiquement définie que la psychologie pour obtenir une semblable reconnaissance. Cependant, elle aurait tout à y perdre puisqu'elle est une pratique qui doit évoluer avec les demandes du milieu et s'adapter aux nouvelles valeurs sociales si elle veut encore considérer les effets environnementaux sur les individus et suivre leur évolution. Puisque la pratique du travail social est évolutive, elle ne peut se contraindre dans des approches trop définies ou se cantonner à des techniques spécifiques.

Est-ce qu'il aurait lieu de questionner la pertinence de faire constamment de gros changements majeurs, telles les réformes? Est-ce qu'il aurait lieu tout simplement de devenir plus conscients et repenser ou remettre en question certaines valeurs sociales qui semblent être la cause de plusieurs maladies dans notre société? Bref, est-ce que le travail social devrait continuer tout simplement à être à la remorque des transformations des valeurs ou au contraire, devrait-il prendre le rôle d'acteur dans la société et influencer les valeurs?

4.2. Pour assurer l'avenir de la pratique

L'ensemble des transformations évoqués précédemment et les défis qui en découlent ont des répercussions immédiates dans la pratique quotidienne des intervenants. C'est pourquoi il y a nécessité d'explorer des actions concrètes pour affronter les difficultés que vivent les praticiens. Les professionnels confrontés à l'évolution des besoins sociaux, des demandes plus complexes ainsi qu'à la modification de leurs tâches s'attendent que leur employeur leur offre une mise à jour de leurs connaissances et une forme de soutien adapté à leurs nouveaux défis. Selon Larivière (2007), ces précautions devraient être prises pour éviter l'épuisement professionnel du personnel conformément à l'approche de la contingence en gestion qui favorise « la satisfaction des besoins de la clientèle avec l'accomplissement de la mission de l'organisation et le respect des besoins du personnel » (Larivière 2007 : 44).

Il nous semble également nécessaire de repenser la pratique du travail social en CSSS dans une perspective plus large. Être proactif plutôt que réactif face aux changements ou mouvements sociaux et y participer, suivre le mouvement en amont plutôt qu'en aval. Être actif et participer davantage à la vie en société, en étant davantage politisé, comme tout bon intervenant social devrait l'être! Voilà certains commentaires des répondants pour assurer un meilleur avenir du travail social.

Par conséquent, pour le moment, il semble y avoir un effet de « cordonnier mal chaussé ». Étant formé pour prendre en compte l'environnement et le contexte social dans lequel la personne se développe pour identifier les problématiques et trouver des solutions durables, les intervenants sociaux ne semblent pas appliquer leurs théories à leurs propres pratiques. D'après certaines données et nos observations lors de la recherche sur le terrain, ils semblent peu au courant des politiques et lois les affectant. Ils semblent aussi démontrer peu d'intérêt à comprendre ce qui les influence et par le fait même, ce qui influence leur pratique. L'impression qui en ressort finalement, c'est que les intervenants se laissent bercer au gré du vent en ne prenant pas position, en se limitant à l'action-réaction et en ne prenant pas de recul pour analyser leur propre situation et trouver des solutions créatrices, tant au niveau des pratiques que personnellement.

Les intervenants ont formulé trois pistes d'actions concrètes pour garantir l'avenir du travail social en institution : 1) démarrer un regroupement en travail social, 2) légitimer le travail social en le faisant reconnaître au même titre que les autres professions dans le système de santé et 3) soutenir les professionnels en leur offrant des formations d'appoint aux défis qui leur sont confiés et leur donner un milieu de travail sain.

4.2.1. Regroupement d'intervenants en travail social

Le manque de lieu pour réfléchir la pratique sociale peut expliquer certaines lacunes. Notre recherche a soulevé le besoin d'un regroupement qui permettrait de penser la pratique, mais aussi l'intervention sociale en général, ce qui inclut les professionnels d'autres formations. Ce lieu pourrait permettre tout simplement de définir plus adéquatement la pratique du travail social et, en plus de tisser des liens entre des membres d'une même profession, rendre possible en quelque sorte, une attitude proactive dans l'élaboration et l'ajustement des nouvelles pratiques, autant dans les organismes communautaires que dans les institutions.

Bien que l'Ordre existe, son rôle est davantage de protéger le public. Un regroupement pourrait être plutôt un lieu permettant de revenir aux valeurs de la profession car celle-ci étant multifonctionnelle par nature, elles peuvent se perdre dans les sillons de la spécialisation. Les risques sont qu'au lieu que les professionnels contrôlent la direction qu'ils veulent donner à leur pratique, celle-ci évolue au gré des valeurs de la société à un moment donné, mais aussi des lois, des politiques et des acteurs politiques et autres groupes influents du moment. En se regroupant, on pourrait affirmer plus clairement les champs spécifiques de pratique du travail social en santé mentale, tel que souhaité par nos répondants.

À quand le jour où les intervenants exerçant la profession du travail social se réuniront pour penser leur pratique et la définiront en fonction de leurs propres valeurs et de l'alignement qu'ils veulent bien se donner afin d'arrêter de se laisser définir par les autres professions? Bien qu'elle ne puisse se définir dans de « petites cases », il est important de tirer les grandes lignes. Quand une pratique est trop diluée et n'est pas suffisamment définie, cela amène des

confusions, des interprétations qui finissent par la faire cantonner à des rôles qui la limitent. Cela cause des problèmes à l'intérieur même de la profession, puisque certains intervenants ont du mal à se définir, ont du mal à savoir où va leur pratique et où elle s'arrête. Ils ont du mal à dire ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire et ont de la difficulté à expliquer leur travail. Cela a pour effet de réduire leur crédibilité face aux autres professionnels.

4.2.2. Reconnaissance de la pratique au même titre que la psychologie et la médecine

Une autre série d'actions devrait être menée pour légitimer le travail social au même titre que les autres professionnels, tant en institution qu'au privé. Au lieu de se faire reconnaître l'utilisation de la psychothérapie, ne serait-il pas préférable pour le travail social d'avoir sa propre approche? Les intervenants sociaux devraient-ils orienter leur pratique davantage vers de la sociothérapie? Cela permettrait de légitimer la pratique du travail social et d'aider les membres à dire leur pratique. Pour le moment, le discours des intervenants du travail social démontre que la nuance entre psychothérapie et intervention sociale est ambiguë. Certains répondants à nos entrevues utilisent la notion d'« acte thérapeutique » afin d'éviter l'utilisation du mot « psychothérapie » puisqu'elle sera bientôt un acte réservé.

4.2.3. Soutien et formation

Une offre de support et de formation pourrait aussi permettre à la pratique du travail social de s'ajuster et faire face aux changements en cours, tant dans les nouveaux besoins et demandes que dans la réorganisation du système de santé. Les intervenants soulèvent que miser sur un travail d'équipe en santé mentale, c'est-à-dire une organisation qui reconnaît le travail interdisciplinaire et la complémentarité des différentes expertises, permettrait d'assurer la pérennité du travail social en milieu institutionnel.

De plus, le travail dans un milieu sain, valorisant et respectueux des intervenants nécessite des actions concrètes. Ils souhaitent moins de surcharge de travail, de meilleurs processus d'information et de participation aux transformations qui les touchent et des stratégies de gestion qui assurent un climat de travail agréable pour tous. En fait, les propos des répondants rejoignent largement les résultats de recherche de Larivière (2007) qui identifie diverses priorités : la reconnaissance et la valorisation de leur contribution, l'information et la participation aux décisions qui concernent l'organisation de leur travail, ainsi que la mise en place de moyens pour assurer le développement de leur compétence, notamment par l'accès à de la consultation professionnelle et à une structure de perfectionnement. Bref, nos répondants proposent des stratégies de reconnaissance qui ont déjà été identifiées à l'intérieur de recherches précédentes. Il ne reste maintenant qu'à agir...

CONCLUSION

C'est au mois de décembre 2003 que l'Assemblée nationale du Québec adopte la Loi 25 réformant en profondeur le réseau de la santé et des services sociaux. Ce fut un tournant important pour le RSSS québécois. On a fusionné les établissements de première ligne pour créer 95 CSSS, redéfini les territoires d'intervention, revu la mission des établissements de première ligne, transformé les organigrammes, reconstruit des équipes de travail, remis en question des pratiques professionnelles, etc. Ces fusions ont des répercussions importantes sur le personnel qui y travaille.

Cette recherche a voulu cerner les impacts de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux sur la pratique du travail social en milieu institutionnel de première ligne. Elle a permis de mettre en lumière que la pratique sociale est intimement liée aux changements sociaux ainsi qu'aux mesures prises par l'État pour y remédier. La présentation de la réforme du RSSS en 2004 permet d'exposer la logique des nouvelles structures et leur mandat de rendre le réseau plus performant en améliorant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services dans un contexte de ressources financières limitées. Les réformes gouvernementales importantes ont souvent annoncé des changements en profondeur pour le travail social. La réforme de 2004 est un de ces moments.

On recense très peu de recherches sur les impacts de la réforme en cours et celles qui traitent des fusions d'établissements, abordent davantage des questions économiques que leurs impacts sur les pratiques professionnelles. Deuxièmement, notre propre expérience de travail dans le réseau nous a également appris que, depuis l'amorce de la réforme, les intervenants et les employés ont, de manière générale, rarement eu la chance de donner leur point de vue sur les changements qui les affectent. Ce constat nous a amenée à vouloir entreprendre une recherche qui permettrait aux intervenants de donner leur point de vue sur leur situation tout en enrichissant la littérature sur les impacts de la réforme sur une pratique professionnelle particulière.

L'analyse de certaines dynamiques que peuvent vivre les intervenants sociaux en CSSS (pressions, tensions, sentiments d'obligation), démontre les impacts possibles des modes de gestion du changement sur le personnel. Les valeurs sociales, notamment l'importance que prennent la performance et la rentabilité dans notre société, engendrent une pression importante sur les institutions, mais aussi sur les intervenants y travaillant. La volonté de donner la parole aux praticiens qui vivent les changements actuels dans le réseau, nous a amenée à écouter cinq intervenants sociaux du secteur de la santé mentale au CSSS de Gatineau et à traiter leur discours selon les étapes usuelles de la recherche qualitative afin de garantir la rigueur et la validité des résultats.

Notre échantillon est circonscrit et les entrevues n'ont pas abordé l'ensemble des facteurs pouvant influencer les répondants. Par exemple nous n'avons pas exploré les effets de la refonte des accréditations syndicales qui a eu cours au moment de la création des CSSS. Il est donc difficile de généraliser nos résultats. Toutefois, notre expérience professionnelle et nos échanges avec des praticiens provenant d'autres établissements nous portent à croire que nos conclusions reflètent assez bien la réalité du milieu.

Les données recueillies lors nos entrevues ont permis de relever ce que perçoivent les intervenants sociaux de la situation post réforme, ce qu'ils pensent des causes et des impacts de celle-ci sur la pratique et sur l'organisation du travail. Ils ont identifié certains enjeux pour leur pratique, mais aussi quelques solutions possibles pour assurer la pérennité, la légitimité et la diversité de la pratique du travail social en CSSS.

Nos résultats valident notre hypothèse de recherche à l'effet que la réforme du RSSS de 2004 a des impacts sur l'exercice de la pratique du travail social et sur l'organisation du travail et que les difficultés ressenties par les praticiens dans le cadre de cette réforme prennent source autant dans une modification des valeurs sociales axées sur la performance que sur des déficiences de pilotage du changement organisationnel.

La volonté du ministère de mesurer la performance des établissements a engendré une bureaucratisation. On évalue la performance par des indicateurs quantitatifs plutôt que qualitatifs. Les intervenants passent plus de temps à justifier leur réponse aux normes et aux cibles afin de permettre à leur établissement d'obtenir son financement. Cela se fait parfois au détriment des besoins de la population. L'évaluation du travail de ces professionnels est inadéquate dans la mesure où elle ne permet pas de rendre compte de leur travail réel. La transformation de la mission des établissements, les influences du système bureaucratique et les valeurs de performance ont des impacts sur les suivis et sur les besoins de formation requis pour répondre aux nouvelles problématiques, besoins qui demeurent insatisfaits. L'adaptation continue aux changements entraîne épuisement et démotivation, voire un désintéressement de la pratique. Le climat de travail au sein du CSSS désagrège les relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance à l'établissement, etc. En fait, cette situation a des conséquences sur l'autonomie, la créativité et la motivation des intervenants sociaux dans l'équipe de santé mentale.

La fusion favorise une influence à la hausse de la logique médicale et bureaucratique, ce qui confronte l'autonomie professionnelle des intervenants du travail social. La mise en œuvre de la politique en santé mentale, tout comme l'adoption future de la Loi sur le Code des professions, ont pour conséquence notamment d'augmenter les effectifs des psychologues et d'éroder la richesse, l'étendue et la diversité de la pratique du travail social en milieu institutionnel. Ces constats peuvent paraître alarmants au premier regard. Toutefois, les intervenants rencontrés ont semblé fouettés par la situation. Il est possible de développer des stratégies pour assurer la

pérennité, mais surtout le développement d'une pratique qui reste ouverte et sensible aux besoins de la population. La réforme amorcée en 2004 peut influencer le développement de la pratique du travail social, mais pas de manière déterministe. Il revient aux intervenants d'entrevoir des perspectives pour le développement de leur pratique, notamment, l'idée porteuse d'espoir de créer un lieu d'échange et de réflexion entre intervenants sociaux.

Les résultats de la recherche sont limités de différentes manières. Il serait donc important à notre avis de poursuivre les recherches sur l'impact des fusions d'établissements sur les pratiques professionnelles. D'autres études de cas permettraient de dresser un portrait plus précis de l'évolution de la pratique du travail social et de poursuivre le travail amorcé par Robert Mayer (2002). On pourrait investiguer l'impact de la place prépondérante des approches médicales sur les pratiques du social. Nous faisons ici référence à l'importance que prend la médicalisation du social et plus largement la marchandisation de la santé. Ces recherches contribueraient à une réflexion nécessaire et continue sur la pratique du travail social.

La pérennité de la pratique repose donc sur la capacité des intervenants à réfléchir son évolution, à nommer ses enjeux et à assurer sa légitimité. Tout comme d'autres professions, les travailleurs sociaux doivent assumer leur rôle d'acteur social capable d'influencer le système social et de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Aubert, Nicole et Vincent De Gaulejac (2007), *Le coût de l'excellence*, 2^{ième} édition, Paris, Éditions Seul.
- Association des hôpitaux du Québec (AHQ) (juillet 2004), *Guide d'implantation des centres de santé et de services sociaux*, Collection Implantation des centres de santé et de services sociaux, Montréal, Publication de L'AHQ, vol. 1.
- Association des hôpitaux du Québec (AHQ) (juillet 2004), *Guide d'implantation des centres de santé et de services sociaux*, Collection Implantation des centres de santé et de services sociaux, Montréal, Publication de L'AHQ, vol. 2.
- Bareil, Céline (2008), «Démystifier la résistance au changement : question, constat et implications sur l'expérience du changement», *Télescope*, 14 : 3, p.89-105.
- Beaulieu, Marie et Milène Giasson (2005), «L'éthique et l'exercice de l'autonomie professionnelle des intervenants psychosociaux œuvrant auprès des aînés maltraités», *Nouvelles pratiques sociales*, 18 : 1, pp.131-147.
- Blais, Louise (2008), «Marchandisation de la santé et production de l'insécurité», dans Éric Gagnon, Yolande Pelchat et Édouard Roberson (sous la dir. de) (2008), *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion, action public et justice sociale*. Québec, PUL, p.63-82.
- Bégin, Clermont, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux (sous la dir. de) (1999), *Le système de santé québécois : Un modèle en transformation*, Montréal, Presses de L'université de Montréal.
- Bégin, Clermont et Bernard Labelle (1990), *L'intégration verticale des services de santé au Québec : le cas des centres de santé*, Sainte-Foy, Université Laval, Faculté des sciences de l'administration.
- Bouchayer, Françoise (2008), «Histoire et enjeux dans le champ de la santé», *Actes du colloque Le travail en réseau : une synergie d'acteurs pour de nouvelles pratiques?*, Marseille, ASMA, APHM.
- Bourque, Denis (2009), *Transformation du réseau public de services sociaux et impact sur les pratiques des intervenants sociaux*, Cahiers de la CRCOC no 0907, Université du Québec en Outaouais, 29p.
- Bureau de liaison Santé et Services sociaux-ENAP (BLSSS) (2007), *Les administrateurs des établissements : les acteurs clés de la gouvernance du système sociosanitaire québécois*, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, <http://www.blsss.enap.ca>, (12 février 2009).

- Canada, Ressources humaines et Développement des compétences Canada (2010), *Avantages sociaux négociés et conditions de travail*, http://www.rhdcc.gc.ca/fra/travail/normes_travail/contrats/conditions.shtml#1 (19 mai 2010).
- Centre de Santé et de Services Sociaux de Gatineau (CSSSG) (2008a), *Organigramme Fonctionnel 2008*, CSSSG, doc. miméo.
- Centre de Santé et de Services Sociaux de Gatineau (CSSSG) (2008b), *Rapport annuel 2007-2008*, CSSSG, doc. miméo.
- Centre de Santé et de Services Sociaux de Gatineau (CSSSG) (2008c), *Le projet d'organisation clinique de services du CSSS : ses tenants et ses aboutissants*, Direction de la planification stratégique et entente de gestion doc. miméo.
- Collerette, Pierre (2008), «Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique», *Télescope*, pp.33-48.
- Collerette, Pierre, Gilles Delisle et Richard Perron (1997), *Le changement organisationnel : théorie et pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Collerette, Pierre, Marina Manghi et Paul Legris (2009), «Gestion d'une transition et impact sur l'état de santé du personnel», *Psychologie du travail et des organisations*, 9 :1, p.77-99.
- Dejours, Christophe (2009), «Éthique et travail dans la fonction publique : le sens moral à l'épreuve du réel», Actes du Colloque *Éthique, travail et la fonction publique* (Ottawa, 30 janvier 2009), Ottawa, Université St-Paul.
- Dejours, Christophe (2003), *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique des fondements de l'évaluation*, Paris, Inra.
- De Gaulejac, Vincent (2005), *La société malade de la gestion : idéologie «gestionnaire pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Éditions du Seuil.
- Demers, Louis, Dupuis, Alain, et Mario Poirier (2002), «L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements ?», *Santé mentale au Québec*, 27 : 2, p. 74-92.
- Deslauriers, Jean-Pierre et Michèle Kérisit (1997), «Le devis de recherche qualitative», dans Poupard, J., J-P Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Lachapelle, R. Mayer, A. Pires (sous la direction de), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaëtan Morin, p.85-111.
- Deslauriers, Jean-Pierre (1991), *Recherche qualitative : guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill.

- Foisy, Dominic (2004), *«L'organisation communautaire en CLSC : Au carrefour de légitimités renouvelées*, Mémoire de Maîtrise, Gatineau, Université du Québec en Outaouais.
- Hamel, Pierre et Bernard Jouve (2006), *Un modèle québécois? Gouvernance et participation dans la gestion publique*, Québec, Presses de l'Université de Montréal.
- Kérisit, Michèle (2008), *Méthodes de recherche qualitative et quantitative dans le domaine de la santé, Notes de cours*, SVS 6510, Ottawa, École de service social, Université d'Ottawa.
- Langley, Ann et Jean-Louis Denis (2008), «Les dimensions négligées du changement organisationnel, *Télescope*, 14 :1, p. 13-32.
- Laperrière, Anne (1997), «Les critères de scientificité des méthodes qualitatives», dans Poupart, J., Jean-Pierre Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Lachapelle, Robert Mayer, A. Pires (sous la direction de), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaëtan Morin, p.365-388.
- Larivière, Claude (2007), «Besoins exprimés et réponse institutionnelle», *Les Politiques Sociales*, n° 1 & 2 -67°, Québec, Université de Montréal.
- L'Écuyer, R. (1990), *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu, méthodes GPS et Concept de soi*, Sillery, Presses de l'Université du Québec.
- L'Écuyer, R. (1987), «L'analyse de contenu : notions et étapes», », dans l'ouvrage sous la direction de Jean-Pierre Deslauriers (1991), *Recherche qualitative : guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill.
- Mayer, Robert (2002), *L'évolution des pratiques en services social*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.
- Mayer, Robert et Jean-Pierre Deslauriers (2000), «Quelques éléments d'analyse qualitative : L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie» dans Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs (sous la dir. de), *Méthode de recherche en intervention sociale*, Montréal, Paris, Gaëtan Morin éditeur, p.159-189.
- Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs (sous la dir. de) (2000), *Méthode de recherche en intervention sociale*, Montréal, Paris, Gaëtan Morin éditeur.
- Mayer, Robert et Francine Ouellet, (1991), *Méthode de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.
- Mayer, Robert, et Marie-Christine Saint-Jacques (2000), «L'entrevue de recherche» dans Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et

- collaborateurs (sous la dir. de), *Méthode de recherche en intervention sociale*, Montréal, Paris, Gaëtan Morin éditeur, p.115-133.
- Mercier, Clément (2006), «L'implantation du réseau local de services sociaux et de santé à Sherbrooke : un processus en mal de démocratie», *Nouvelles pratiques sociales*, 18 :2, p. 212-222. <http://www.erudit.org/revue/nps/2006/v18/n2/013299ar.html> (avril 2009).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008), *Création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) au cœur des 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS)*, <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php> (19 décembre 2008).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2006), *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens, Résumé*. Gouvernement du Québec. <http://www.msss.gouv.qc.ca> (10février 2009).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2004), *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Communiqués du ministre, Québec, Gouvernement du Québec, Direction des communications, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf> (29 décembre 2008).
- Office de la langue française (2009), «Changement», *Le grand dictionnaire terminologique*, <http://www.granddictionnaire.com> (19 mai 2010).
- Office de la langue française (2008), «Condition de travail», *Le grand dictionnaire terminologique*, <http://www.granddictionnaire.com> (19 mai 2010).
- Office de la langue française (2007), «Organisation du travail», *Le grand dictionnaire terminologique*, <http://www.granddictionnaire.com> (19 mai 2010).
- Office de la langue française (1997), «Travail social», *Le grand dictionnaire terminologique*, <http://www.granddictionnaire.com> (19 mai 2010).
- Office des professions du Québec (2005), «Partageons nos compétences : La modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines» <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Rapport-sante/Rapport-Sante-ment.pdf> (2 février 2009).
- Ordre des travailleurs sociaux, thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) (2010), *Travail social*, http://www.optsq.org/fr/index_ordre_travailleursocial_profession.cfm (10 Mai 2010).

- Ouellet, Francine et Marie-Christine Saint-Jacques (2000), «Les techniques d'échantillonnage » dans Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs (sous la dir. de), *Méthode de recherche en intervention sociale*, Montréal, Paris, Gaëtan Morin éditeur, p.71-90.
- Pineault, Raynald, Pierre Tousignant, Danièle Roberge, Paul Lamarche, Daniel Reinharz, Danielle Larouche, Ginette Beaulne et Dominique Lesage (2005), *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport détaillé*, Montréal, Direction de santé publique agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Québec (2004), *Projet de loi n° 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2003), *Projet de loi n° 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Richard, Lucie, Danielle D'Amour, Jean-François Labadie, Jean-Marc Brodeur, Raynald Pineault et Louise Séguin (2002), *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Richard, Marie-Claude, Danielle Maltais, Denis Bourque, Sébastien Savard et Marielle Tremblay (2007), «La fusion des établissements de santé et des services sociaux : Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts», *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol. 20 : no.1, p. 151-164.
- Richard, Marie-Claude (2006), *Enjeux de la configuration des Centres de Santé et des Services sociaux : Recension des écrits – Sommaire et Résumé*, sous la coordination de Danielle Maltais, Denis Bourque, Sébastien Savard, Marielle Tremblay, Denis Bussière, Mireille Dumont-Lemasson et Jacques Fournier, Montréal, Cahiers du LAREPPS\UQAM.
- Rondeau, Alain (2008), «L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçon pour la mise en oeuvre de changements complexes», *Télescope*, 14 :1, p.1-12.
- Saba, Tania, Simon L. Dolan, Susan E. Jackson et Randall S. Schuler (2008), *La gestion des ressources humaines : tendances, enjeux et pratiques actuelles* : 4^e édition, St-Laurent, Québec, Édition du renouveau pédagogique Inc.
- Suissa, Amnon J. (2000), *Principes d'évaluation et d'intervention avec les familles*, Québec, Presses de l'Université Laval, p.117-151.
- Turcotte, Daniel (2000), «Le processus de la recherche sociale » dans Mayer, Robert, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs (sous la dir. de),

Méthode de recherche en intervention sociale, Montréal, Paris, Gaëtan Morin éditeur, p.39-68.

Turgeon, Jean, Pierre Bergeron et Peggy Bélanger (2003), «La santé malade de son système, trente ans de thérapies», *Télescope*, 10 : 2, p.18-23.

Vinet, Alain (2004), *Travail, organisation et santé : le défi de la productivité dans le respect des personnes*, St-Nicolas, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Watzlawick, Paul (1967), «L'organisation des systèmes» in Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *The Pragmatics of Human Communication*, New York, Norton et Co.

ANNEXE A

GUIDE D'ENTREVUE

Grille d'entrevue

L'impact de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2004 sur l'exercice du travail social en santé mentale : Le cas du CSSS Gatineau.

Je vous remercie encore d'avoir accepté de participer à ma recherche. Je vous rappelle que tout au long de l'entrevue, vous pouvez décider de vous retirer ou encore arrêter l'enregistrement. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

L'entrevue est constituée de deux étapes. La première est construite de questions objectives, c'est-à-dire votre nom, votre ancienneté, votre secteur d'activité, *etc.* Quant à elle, la seconde concerne votre perception, votre interprétation de la situation du travail social dans le cadre de la réforme de 2004. Dans l'éventualité où certaines questions manqueraient de clarté, n'hésitez pas à me le signifier afin que je la reformule. L'entrevue devrait se dérouler dans un délai de 1h à 1h30. Est-ce que cela vous convient? Est-ce que vous avez des questions avant que l'on commence ?

Première étape

Informations reliées aux candidats :

Les données recueillies seront tenues confidentielles et en aucun temps vos renseignements personnels vous concernant seront dévoilés.

1. Votre nom : _____
2. Depuis quelle année êtes-vous à l'emploi du CSSS de Gatineau? _____
3. Depuis combien de temps travaillez-vous en santé mentale et dans quelle équipe travaillez-vous? _____
4. Si vous avez travaillé antérieurement dans d'autres secteurs activités, quels sont-ils et combien de temps y avez-vous travaillé? _____

Deuxième étape

Question liée à la description des changements

1. À partir de votre expérience, décrivez-moi les changements que la réforme Couillard a engendrés sur votre institution ainsi que sur les services de santé mentale?
- 2) Dans l'ensemble du processus de fusion, avez-vous été impliqué ou consulté? Si oui, de quelle façon ? Sinon, est-ce que vous auriez aimé l'être?

Question liée aux causes ou facteurs de la transformation du réseau

- 3) À votre avis, quelles sont les causes ou les motivations qui justifient ces changements (cette réforme)?

Questions liées aux impacts de la réforme

Dans cette section, je veux être en mesure de comprendre les impacts de la réforme sur votre situation. Je vais vous poser des questions permettant d'explorer différentes facettes ou différents impacts possibles de la réforme pour les travailleurs sociaux.

Impact sur la pratique et l'organisation du travail

- 4) Est-ce que la réforme a changé vos interventions? Précisez?
- 5) Est-ce que la réforme a changé vos tâches administratives? Précisez?

Impact sur les conditions et relation de travail

- 6) Est-ce que cette réforme a eu des impacts sur vos conditions du travail et/ou sur vos relations de travail?

Impacts sur votre propre situation individuelle

- 7) Comment avez-vous vécu ou vivez-vous le processus de changement? En fait, avez-vous eu des préoccupations, des inquiétudes, des problèmes de santé, *etc.*?

Question liée à d'autres facteurs expliquant la modification du travail social aujourd'hui

- 8) Outre la réforme, en prenant un pas de recul, est-ce que vous êtes en mesure d'identifier d'autres facteurs influençant ou ayant contribué à modifier la situation des travailleurs sociaux aujourd'hui? Si oui, quels sont-ils?

Question liée aux enjeux pour la pratique

- 9) Dans le cadre de l'ensemble de ces transformations (Réformes de 2004 et autres facteurs), est-ce que vous identifiez des enjeux pour la pratique du travail social?

Question liée aux solutions possibles

- 10) Comment peut-on assurer l'avenir du travail social? Est-ce...
 - a. Individuellement comme praticien ?
 - b. Collectivement comme groupe de professionnels ?

Question liée aux préoccupations du participant

- 11) Est-ce qu'il y a des éléments importants que vous pourriez soulever que nous n'avons pas abordés dans l'entrevue? Est-ce qu'il y a des sections de l'entrevue sur lesquelles vous aimeriez revenir? Bref, est-ce qu'il y a quelque chose qui nous a échappé, selon vous, qui est important et qui permettrait d'expliquer l'impact de la réforme sur les travailleurs sociaux ou sur la situation générale du travail social aujourd'hui ?

Merci de votre participation!