

Impacts de la création des CSSS¹ sur les pratiques psychosociales dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

par

René Lachapelle, M.S.s., doctorant en service social

Université Laval

Professionnel de recherche

Chaire de recherche du Canada

en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais

Courriel : rene.lachapelle@uqo.ca

Sébastien Savard, Ph. D.

Professeur agrégé

École de Service social

Université d'Ottawa

Danielle Maltais, Ph. D.

Professeure titulaire

Département des sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

Marielle Tremblay, Ph. D.

Professeure titulaire

Département des sciences humaines

Université du Québec à Chicoutimi

Denis Bourque, Ph. D., T.S.

Professeur titulaire

Département de travail social

Chaire de recherche du Canada

en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais

Les lois 25 et 83 ont modifié substantiellement le régime québécois de santé et de services sociaux. Le préambule de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (Assemblée nationale du Québec, 2003) précise que celle-ci vise une organisation de services intégrés, accessibles et facilitant « le cheminement de toute personne dans le réseau ». La coordination d'un réseau local de services (RLS) est confiée à un centre de santé et de services sociaux (CSSS) créé par la fusion du ou des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de l'hôpital d'un territoire local. Les CSSS ont une responsabilité populationnelle et doivent définir un projet clinique et organisationnel pour les neuf programmes clientèles définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2004b et c). Le MSSS encadre ces projets cliniques en établissant des principes de hiérarchisation et de standardisation des pratiques (idem). La loi 83 (Assemblée nationale du Québec, 2004) a par ailleurs pérennisé les agences régionales de la santé et des services sociaux et leur a confié la coordination du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés.

La recherche a voulu vérifier l'impact de la création des CSSS sur les rapports de partenariat avec les organismes communautaires de même que sur les pratiques psychosociales dans les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Le présent article porte essentiellement sur ce second volet de la recherche. Les principes de la réforme peuvent constituer une contrainte pour l'intervention sociale en la soumettant à des protocoles et des pratiques en provenance du champ de la santé et notamment nuire à l'accent mis sur le contact humain des pratiques psychosociales. Pour vérifier comment la création des CSSS influe sur les pratiques psychosociales, nous avons retenu le programme PALV parce qu'il est majeur dans les CSSS,

Results of a study in 4 CSSS (Montreal and Saguenay regions) that demonstrates the impact of the CSSS creation on services to vulnerable seniors (interventions, management and access to services).

Résultats d'une recherche menée dans 4 CSSS (régions de Montréal et du Saguenay) montrant l'impact de la création des CSSS sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (type d'intervention, type de gestion, accès aux soins).

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 134 (2011.1): 35-45.

touchant tant les services des CLSC, des centres d'hébergement et des hôpitaux que de nombreux organismes communautaires.

L'article présente brièvement la méthodologie de la recherche, puis aborde la transformation en cours des pratiques psychosociales dans les services aux personnes en PALV. Il fait état d'un changement du cadre de pratique dans les CSSS regroupant plusieurs territoires de CLSC, d'un virage vers la gestion de cas au détriment des interventions de proximité, de l'inclusion des intervenantes sociales dans des équipes multidisciplinaires et de l'affaiblissement de l'encadrement professionnel. Ces impacts soulèvent la question d'une transformation du travail social dans les programmes de PALV, notamment sous l'influence de la nouvelle gestion publique.

Méthodologie de la recherche

La recherche fait suite à une revue de littérature sur les effets des regroupements d'établissements de santé (Richard et al., 2005; Ferlie, Hartley et Martin, 2003; Fondation canadienne de la

recherche sur les services de santé, 2002; Gaumer et Fleury, 2007). Elle s'appuie sur l'analyse de cas multiples (Yin, 1994a et b, 1999) qui convient bien lorsque l'on cherche à comprendre une réalité dans un contexte en pleine transformation. Elle a été menée dans quatre CSSS : deux dans la région de Montréal et deux dans la sous-région du Saguenay. Ces CSSS présentent des différences significatives, notamment parce que ceux de la région de Montréal regroupent plusieurs territoires de CLSC, ce qui n'est pas le cas au Saguenay, mais aussi parce que les démarches de création ont été différentes comme en fait foi le tableau 1 qui présente un aperçu synoptique des caractéristiques des quatre établissements étudiés. En 2006, durant les toutes premières années du regroupement des établissements en CSSS, nous avons entrepris une recherche documentaire sur ces processus (Bourque et Lachapelle, 2009a et b; Leclerc, Corneau et Tremblay, 2009; Corneau, Leclerc et Tremblay, 2009).

En 2008, nous avons réalisé 49 entrevues semi-dirigées afin d'explorer comment cette création

Tableau 1 – Profil sommaire des CSSS étudiés

	Région de Montréal		Sous-région du Saguenay	
	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3	CSSS 4
Décision de regroupement	À la suite de la loi 25 en 2004	À la suite de la loi 25 en 2004	Volontaire il y a 10 ans	À la suite de la loi 25 en 2004 Loi 25
Territoires de CLSC	3	3	1	1
CHSLD	5	7	2	1
Hôpital	Non	Plus de 200 lits	Moins de 50 lits	Plus de 400 lits
Personnel	Plus de 3 000	3 800	500	3 500
Services en PALV	Deux directions : • milieu naturel • hébergement	Deux directions : • dans la communauté • hébergement	Direction unifiée	Trois directions différentes jusqu'à la direction unifiée créée en 2008
Définition du projet clinique en PALV	• élaboration participative* • mise en place participative	• élaboration institutionnelle* • mise en place participative	• élaboration participative • mise en œuvre institutionnelle	• élaboration institutionnelle • mise en œuvre participative

* Dans ce tableau, nous utilisons le terme « participative » pour désigner les démarches d'élaboration ou de mise en œuvre réalisées avec la contribution de représentants du personnel et des partenaires et le terme « institutionnelle » pour les démarches menées par les seuls gestionnaires. Le rapport de recherche (Bourque, Lachapelle, Savard, Tremblay et Maltais, 2010) fournit plus de précisions sur ces appellations.

a été vécue par les intervenantes et intervenants – gestionnaires, intervenantes sociales² et organisateurs communautaires – et par les partenaires du milieu communautaire et de l'économie sociale. Le choix d'entrevues semi-dirigées convient particulièrement bien à la recherche sur les pratiques de professionnels à qui « l'on reconnaît [...] la capacité de s'exprimer utilement sur le sujet proposé » (Mayer et Ouellet, 1991 : 315). Cette méthode permet d'aborder l'ensemble des questions de la recherche tout en se laissant « diriger par la spontanéité de son interlocuteur » (Michelat, cité par Mayer et Ouellet, 1991 : 315). Le tableau 2 présente la répartition des répondants.

Les transcriptions verbatim des entrevues ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Mayer et Ouellet, 1991 : 473) à l'aide du logiciel N'Vivo en fonction des catégories définies dans le projet de recherche et reprises dans le guide d'entrevue. Les intervenantes sociales ont été invitées à s'exprimer sur les changements survenus depuis la création du CSSS dans la description de leurs tâches, leur autonomie professionnelle, l'encadrement administratif, la supervision clinique, leurs relations avec les autres intervenants du programme PALV et l'organisation de leur travail. Les praticiennes et praticiens de l'intervention psychosociale rencontrés pour ces entrevues devaient détenir un baccalauréat en travail social. Les 28 entrevues réalisées auprès de gestionnaires et d'intervenantes sociales du programme PALV constituent la base du présent article.

Premiers constats quant à l'impact de la création des CSSS sur les pratiques psychosociales

Le programme PALV est bien défini par le ministère de la Santé et des Services sociaux selon des orientations établies avant la mise en place des CSSS (MSSS, 2003 et 2004a). La politique de soutien à domicile prend acte de la volonté exprimée sous différents vocables du « passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie » (MSSS, 2003 : 1). Elle est fondée sur la reconnaissance des proches aidants et de la famille proche et s'articule autour de trois orientations : personnaliser les services, établir un partage clair des responsabilités et rallier les acteurs à la stratégie nationale de soutien à domicile. C'est sur cette base que repose le *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005) qui guide l'administration et la mise en place de l'architecture des services aux personnes en PALV. Ces processus de structuration relèvent des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de chacune des régions du Québec, lesquelles, à leur tour, délèguent la mise en place et le fonctionnement des services aux différents CSSS de leur territoire. Les projets cliniques des CSSS étudiés répondent tous aux orientations et aux priorités mentionnées dans les documents du MSSS (MSSS, 2004d et e) et ont été élaborés avec les outils établis par l'ASSS de leur région.

Les résultats de recherche démontrent que la création des CSSS a entraîné des changements de structures et de tâches. Cependant, au

Tableau 2 – Répartition des entrevues réalisées

	Gestionnaires	Intervenantes sociales	Organisateurs communautaires	Milieu communautaire et économie sociale	Total
CSSS 1	5	3	2	3	13
CSSS 2	6	2	2	4	14
<i>Montréal</i>	11	5	4	7	27
CSSS 3	3	2	1	4	10
CSSS 4	4	3	1	4	12
<i>Saguenay</i>	7	5	2	8	22
Total	18	10	6	15	49

moment des entrevues, la majorité des personnes rencontrées, gestionnaires comme intervenantes, considèrent que les interventions psychosociales auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) n'avaient pas nécessairement été modifiées. Les changements notés sont attribués avant tout aux directives ministérielles survenues peu avant ou en même temps que la création des CSSS. Quant aux projets cliniques, leur mise en œuvre était encore en phase initiale et peu d'intervenantes leur attribuaient un impact direct sur les pratiques sur le terrain. Ces premières affirmations sont toutefois nuancées par l'ensemble des entrevues qui mettent en évidence dans les deux régions des changements significatifs dont les effets sont souvent plus appréhendés que vérifiés, mais qui sont néanmoins bien réels.

La transformation de l'offre de services psychosociaux aux personnes en PALV a débuté avant la création des CSSS par une série de mesures introduites dans la nouvelle structure de services : le recours à l'outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC), l'adoption du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) et la gestion de cas. Ces mesures faisaient partie des orientations ministérielles avant la création des CSSS (MSSS, 2003), tout comme la volonté de privatiser l'hébergement en créant des ressources intermédiaires pour alléger les charges du réseau public. La création des CSSS constitue un changement susceptible d'accélérer cette transformation dans le cadre de la mise en place d'un continuum institutionnel de services, de la première ligne jusqu'à l'hébergement en passant par les soins de courte durée.

Changements du cadre de la pratique professionnelle à Montréal

À Montréal, le contexte d'intervention est modifié du fait du regroupement de plusieurs CLSC et d'une volonté de l'ASSS de susciter la création de ressources intermédiaires.

La transformation de l'organisation territoriale faisant suite au regroupement des établissements suscite des tensions entre la volonté des établissements d'harmoniser les services sur un nouveau territoire de référence et les caractéristiques des territoires de CLSC. Cette situation

ne se vérifie pas au Saguenay où il n'y a pas eu de modification du territoire desservi. Les directions montréalaises sont préoccupées d'équilibrer l'offre de services entre les territoires fusionnés, comme le précise un gestionnaire, « pour essayer de répartir les ressources le mieux possible ». En regroupant plusieurs CLSC aux pratiques diversifiées et des centres d'hébergement apparaissent en effet des disparités territoriales que l'administration souhaite réduire : pour certains il y aura gain de ressources, pour d'autres, perte mais, pour tous, des façons de faire sont à changer. Pour les intervenantes sociales concernées, cette volonté d'« harmoniser les choses » se fait au détriment des communautés et sans tenir compte des écarts sociaux qui les distinguent. Elles associent la responsabilité populationnelle à la réponse aux besoins des personnes en PALV de leur communauté, ce qui constitue une lecture divergente de celle des gestionnaires pour lesquels la responsabilité populationnelle entraîne une obligation d'égalité d'accès aux services.

Le second changement significatif dans le cadre de pratique montréalais, c'est la création de ressources intermédiaires qui entraîne le sentiment d'une détérioration de la qualité des services en comparaison des standards des centres d'hébergement publics. Cette situation impose aux intervenantes sociales une gestion de risques dans la mesure où la mise en place de ces ressources ne suit pas le rythme des besoins qu'entraînent les choix de l'ASSS de Montréal. Celle-ci a en effet décidé, à l'été 2008, de réduire de 2 000 lits l'offre de services en hébergement et de relever de 2,5 à 3,5 heures par jour la durée de soins requise comme seuil d'admission dans les centres d'hébergement. Le problème, confirme un gestionnaire, c'est que « les ressources non institutionnelles ne se développent pas au même rythme que l'accès à l'hébergement diminue ». De plus, ce changement survient dans un contexte où l'on dessert « une clientèle qui s'alourdit énormément » de telle sorte que les intervenantes sociales estiment être « confrontées à une gestion de risques à domicile qu'on n'avait pas autrefois ». Cette situation favorise le recours à des pratiques de contournement des contraintes, comme cette intervenante qui a dit utiliser la

mesure de désengorgement des urgences (MDU) pour obtenir de l'hébergement pour des personnes présentant des risques élevés en milieu naturel et qui ne répondent pas aux normes de l'ASSS. Les personnes souffrant de pertes cognitives atteignant difficilement la cote nécessaire pour qu'on leur donne accès à un centre d'hébergement (3,5 h de services par jour), on les fait transiter par les urgences hospitalières. La MDU s'applique alors, fournissant les moyens requis pour faire ce qui était impossible directement.

La privatisation passe aussi par le recours aux agences privées de personnel pour l'aide domestique et les soins infirmiers du fait du manque de personnel pour assurer l'ensemble des services requis au maintien à domicile. Cette situation est aussi perçue comme une perte majeure de qualité des services par les intervenantes et comme un carcan par les gestionnaires. Toutes les entrevues de la région de Montréal convergent à cet égard.

La gestion de cas

Dans les deux régions, le passage à la gestion de cas est vécu comme une transformation significative. Les intervenantes sociales ne rencontrent plus l'ensemble des personnes âgées présentant une demande de soutien, mais uniquement celles qui se trouvent en situation de PALV. L'approche des services intégrés et hiérarchisés qui caractérise les CSSS dans leur définition juridique même passe par la gestion des cas de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). On ne parle plus ici d'un programme pour la population âgée, mais d'un programme clientèle axé sur l'organisation des services. Cette réalité modifie forcément la tâche des intervenantes.

Les gestionnaires se sont davantage appropriés ces orientations de changement et en perçoivent mieux les avancées. Ils tiennent un discours assez cohérent sur le changement, qu'il soit déjà effectif ou annoncé : à leurs yeux, le travail social va changer en ce qui concerne le type de tâches, de perspective d'intervention et d'alourdissement des cas à desservir. La gestion de cas, la réponse aux impératifs du vieillissement et l'approche populationnelle entraînent une révision du travail social qui fait passer au second plan, dans l'organisation du

travail des établissements, la relation psychosociale avec les personnes en PALV que plusieurs intervenantes sociales estiment être le trait distinctif de leur pratique professionnelle.

Les entrevues ont démontré qu'il existe une tension entre la définition du terme « clinique » par les cadres et celle que lui donnent les intervenantes sociales. Les premiers estiment que la gestion de cas est une pratique essentiellement clinique, les secondes que le vrai travail clinique réside dans la relation personnalisée avec les personnes en besoin de services. Ce sont, comme le dit un gestionnaire, des « cliniciennes » qui se sentent mieux quand elles sont à domicile alors qu'on leur demande plutôt d'agir comme intervenantes pivots, ce qui entraîne une réduction du temps passé avec les personnes âgées dans le besoin et une perte de satisfaction au travail. On peut relier à ce genre de situation le résultat de l'enquête de l'OPTSQ qui met en évidence le fait que 54 % des répondants cochent « Mes valeurs sont en conflit avec celles de l'organisation » (Larivière, 2007 : 9). Les tâches reliées à la gestion de cas sont perçues par les intervenantes sociales d'expérience comme une bureaucratisation : il y a « beaucoup de paperasses » à remplir, les interventions se font par téléphone, bref la relation professionnelle est atteinte; « 60 % de démarches à partir de mon bureau et 40 % de visites », affirme une intervenante sociale.

Les gestionnaires sont conscients que, pour les intervenantes sociales, ce changement entraîne un deuil même si, de leur point de vue, la gestion de cas est bel et bien une intervention clinique. Pour eux, le terme clinique s'applique à la responsabilité populationnelle donc à la dimension organisationnelle de la réforme en cours, tandis que les intervenantes sociales comprennent l'approche populationnelle comme une attention portée sur les facteurs sociaux qui exercent une influence sur le vécu des personnes en PALV. Au fond, deux définitions de l'intervention clinique s'affrontent : les travailleurs sociaux l'identifient à l'intervention psychosociale et les gestionnaires l'étendent à la gestion de cas. Les CSSS apparaissent comme des milieux favorables à ces nouvelles orientations. Leur création a, en quelque sorte, accéléré la mise en œuvre de mesures destinées à gérer les effets du vieillissement de la popula-

tion sur les services de santé et les services sociaux selon les principes de la nouvelle gestion publique (Dupuis et Farinas, 2009; Giaque et Caron, 2004; Larivière, 2005; Merrien, 1999; Visscher et Varone, 2004).

Les entrevues ont cependant fait ressortir des perceptions différentes au Saguenay et à Montréal. Au Saguenay, on semble considérer la gestion de cas comme une marque de confiance faite aux intervenantes sociales dans la mesure où elle les associe à la définition de la réponse aux besoins des personnes dont elles ont la charge, tandis qu'à Montréal, les intervenantes sociales et les gestionnaires y voient soit une perte d'intervention clinique, soit un changement bouleversant de définition de leur intervention professionnelle.

C'est dans une perspective de gestion que, sur l'ensemble des territoires, s'ajoutent à l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) le recours au profil gériatrique de type ISO-SMAF et une reddition de comptes nettement plus serrée, notamment en matière de statistiques d'intervention, de même qu'une nécessaire gestion des urgences. Cet alourdissement entraîne un sentiment de perte de contrôle de l'organisation de leur travail, que certaines compensent par des listes d'attente officieuses ou des méthodes de contournement des règles administratives. Il y a unanimité des gestionnaires et des intervenantes sociales pour parler d'un alourdissement administratif comparativement à la situation qui prévalait dans les services aux personnes âgées dans les CLSC. Mais, selon un cadre, il n'est pas certain que cela soit « dû à la fusion seulement » puisque l'introduction de nouveaux modes d'intervention est aussi une réponse au « phénomène de société » qu'est le vieillissement de la population. Ce point de vue est partagé par une minorité des intervenantes sociales que nous avons interviewées. La taille des CSSS ne favorise pas l'établissement de réseaux interpersonnels facilitant les communications et ce fait conditionne l'évaluation que font les intervenantes des contraintes de gestion. Un élément important soulevé par la majorité des personnes rencontrées est l'augmentation des tâches administratives qui a un impact direct sur la réduction du temps consacré à l'intervention auprès des personnes en PALV : on intervient en situation d'urgence et

on augmente les interventions téléphoniques alors que les besoins croissants obligeront au contraire les intervenantes sociales à se déplacer beaucoup plus à domicile.

L'interdisciplinarité

Plus important, le passage d'équipes disciplinaires à des équipes interdisciplinaires touche directement l'action professionnelle et fait en sorte que les intervenantes sociales qui constituent le groupe professionnel le plus important en nombre assument la part la plus significative du passage à la gestion de cas. Cet état de fait est conforme à la politique prévoyant que la coordination des services soit confiée au « professionnel le plus significatif » de l'équipe de soutien à domicile du CLSC (MSSS, 2003 : 22). Les intervenantes sociales se retrouvent donc souvent seules pour prendre et assumer des décisions importantes qui risquent d'avoir des répercussions tant pour l'établissement que pour la clientèle. Le recours à la consultation dans les processus de modification de l'organisation des services facilite le changement, sans toutefois venir à bout de la méfiance des intervenantes sociales d'expérience pour qui ces changements génèrent de l'insécurité professionnelle. Dans l'enquête de l'OPTSQ, 46 % des répondants ont affirmé que « le travail d'équipe [était] insatisfaisant » (Larivière, 2007 : 9). L'interdisciplinarité n'évite pas les chocs dans l'organisation du travail ni les manifestations de territorialité professionnelle, notamment entre les intervenantes sociales provenant des CLSC et le personnel hospitalier, parmi lequel certains ont le sentiment « qu'on leur vole leur travail ». Une intervenante sociale fait mention que de telles tensions ont entraîné un appel au syndicat au même titre que s'il s'était agi de protéger un poste.

Si les intervenantes sociales montréalaises rencontrées font état d'un brouillage des limites entre les actes professionnels, d'une perte du contact direct avec les personnes en PALV et d'interventions de service direct en urgence, celles du Saguenay soulignent le déplacement des décisions vers l'hôpital et le passage de services destinés à une population âgée sur un territoire de CLSC à un programme pour la clientèle en PALV du CSSS. Pour les gestionnaires comme pour les intervenantes, la culture a changé et est devenue plus *hospitalocentrique*.

Au quotidien, l'approche populationnelle renvoie plus à une visée de régulation des services qu'au discours officiel voulant qu'il s'agisse d'une visée communautaire d'ajustement des services aux caractéristiques de la population d'un territoire (AQESS, 2004). En pratique, on met le milieu à contribution pour alléger une charge qui s'alourdit en raison des effets du vieillissement de la population sur l'hôpital et sur les ressources d'hébergement.

Un affaiblissement de l'encadrement

Au moment de l'enquête, l'un des effets les plus perceptibles de la création des CSSS concernait l'encadrement. Dans les deux régions, les intervenantes sociales déplorent la mobilité des cadres d'un poste à l'autre dans le CSSS, mais aussi leurs fréquents déplacements entre les sites de services. Le mouvement de personnel engendré par les départs à la retraite de plusieurs gestionnaires a suscité incertitude et inquiétude. D'abord, parce que plusieurs nouveaux gestionnaires provenant soit du milieu hospitalier soit des CHSLD n'avaient pas travaillé avec des intervenantes sociales et ne connaissaient ni la culture de travail en CLSC ni les pratiques de soutien à domicile. De plus, leurs déplacements entre les sites de services entraînent des absences à des moments où les intervenantes sociales auraient besoin de leur soutien. La possibilité de rencontrer le supérieur immédiat fait souvent défaut lorsque surviennent des situations complexes sur le plan éthique ou qui exigent une décision rapide, comme c'est le cas des personnes en perte cognitive exigeant des mesures de prévention.

En même temps, ce défaut de présence entraîne pour les gestionnaires une méconnaissance des personnes en PALV à desservir puisque l'information en provenance du terrain leur arrive moins directement. Cette situation peut constituer une occasion d'autonomisation des intervenantes sociales, mais elle est plutôt perçue comme une carence de soutien professionnel.

Le rapport d'évaluation du MSSS sur cet enjeu (2009 et 2010) confirme nos observations. On peut en effet y lire que « les nombreux "changements de chaise", les fonctions assumées de façon intérimaire, mais surtout la faible disponibilité des gestionnaires ont soulevé et soulèvent

toujours un vent d'inquiétude » (MSSS, 2010 : 48). Rejoignant les appréhensions exprimées par les intervenantes sociales dans nos entrevues, les évaluateurs ont constaté « certaines craintes [...] quant aux changements apportés au nouveau modèle d'encadrement, notamment l'assurance d'une supervision clinique adéquate » (idem : 50).

Le climat de démobilisation qui en résulte affecte en retour le personnel-cadre comme le décrit très bien le rapport :

« Les gestionnaires se sont impliqués de manière très étroite dans tout ce processus de changement et, malgré leur enthousiasme, l'essoufflement se fait sentir chez plusieurs d'entre eux. Cet état est largement attribué à la modification et à l'alourdissement de leurs tâches. En effet, depuis le début de la fusion, le personnel d'encadrement s'approprie un nouveau rôle, constate un surplus de tâches liées à la fusion administrative (révision des processus), entretient des liens plus soutenus avec les partenaires, observe une augmentation des démarches en termes de reddition de comptes et de contrôle de la qualité et s'ajuste aux aléas d'une gestion à distance qui s'accorde difficilement au plus grand soutien exigé de la part du personnel. » (idem : 93)

Plusieurs gestionnaires ont le sentiment que le type de reddition de comptes installé dans les CSSS les met en position d'être au service d'une bureaucratie administrative. Le poids de la gestion entraîne un affaiblissement du soutien professionnel qu'ils peuvent fournir. Il est frappant de constater que ces problèmes ne se vérifient pas dans le CSSS constitué sur la base d'un regroupement volontaire depuis déjà une dizaine d'années et dont la taille est plus petite que les trois autres que nous avons étudiés.

La désignation de coordonnatrices professionnelles et la consultation entre pairs pallient le déficit d'encadrement professionnel, mais elles ne suffisent pas lorsqu'il faut prendre des décisions qui requièrent l'aval de l'établissement. De plus, l'organisation en équipes interdisciplinaires crée une situation moins favorable au soutien mutuel entre pairs puisque la majorité des collègues rencontrés quotidiennement dans ces équipes ne pratique pas l'intervention sociale.

Ces constats sur l'effet de la création des CSSS en matière d'encadrement dans le programme

PALV rejoignent ceux d'une enquête menée en 2007 auprès de ses membres par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec sur l'impact de la création des CSSS (Larivière, 2007). L'analyse de l'ensemble des données de cette enquête indique que la création des CSSS provoque un profond choc de culture où le social est relégué au second rang.

Une transformation du travail social

Les transformations dans la définition et l'organisation du travail appellent une gestion du changement qui semble avoir fait défaut. Le problème c'est l'absence d'une compréhension des transformations partagée par les gestionnaires et les intervenantes sociales, que ces transformations soient antérieures ou dues à la création des CSSS. Les gestionnaires ont une image plus positive du changement, estimant que la continuité des services y a gagné et qu'il existe une plus grande fluidité entre les équipes qui les dispensent, tandis que les intervenantes sociales sont, pour leur part, plutôt inquiètes, voire en deuil, à la suite de la transformation de leurs pratiques professionnelles. Elles vivent une perte alors que les gestionnaires les considèrent en position de résistance. Pour la plupart des intervenantes sociales rencontrées, l'élaboration des projets cliniques dans leur CSSS a manqué de transparence et a peu misé sur la participation du personnel. Cette observation correspond aux caractéristiques de la nouvelle gestion publique (NGP) qui privilégie l'efficacité administrative à la mobilisation des ressources humaines (Vischer et Varone, 2004). Cette transformation est par ailleurs de nature à générer des attitudes de résistance tout comme le fait de bousculer des pratiques qui ont une longue histoire.

On peut toutefois se demander si, au-delà des attitudes, il s'agit d'une redéfinition du travail social qui soulève des questions légitimes sur le plan professionnel. Est-ce que les fondements mêmes du travail social sont remis en cause quand on favorise le fait que les intervenantes ne sortent pas de leur bureau pour aller voir directement dans quel environnement vivent les personnes qu'elles soutiennent? La gestion des réseaux locaux de services schématise et standardise des pratiques qui, jusqu'à maintenant, s'ajustaient en fonction d'une fréquentation des milieux et de rapports directs avec les personnes âgées et les organismes communautaires.

Les changements en cours ne favorisent pas le sentiment d'une meilleure autonomie ni d'une reconnaissance du travail social. Estimant que l'on ne peut reconnaître leur travail sans le connaître, les intervenantes sociales de la région de Montréal n'ont pas le sentiment que leur situation professionnelle s'améliore. Le contentieux est persistant entre la santé, au sens médical du terme, et le social. Le fait d'être consulté sur l'organisation des services professionnels est souligné comme un indicateur de reconnaissance, mais les bouleversements sont aussi un message pour les intervenantes d'expérience que leurs pratiques ne sont pas celles que l'on désire développer. Les services intégrés et hiérarchisés laissent moins de marge de manœuvre.

On ne retrouve pas ce sentiment d'être bousculées dans leur identité professionnelle chez les intervenantes du CSSS de la sous-région du Saguenay créé depuis plusieurs années où les structures sont en place et les gestionnaires stables. Ces intervenantes sociales se disent plus autonomes dans leurs modèles d'intervention, une évaluation que l'on peut sans doute attribuer au fait que la stabilité est un gage de sécurité dans les décisions plus complexes qu'elles ont à prendre. Les attentes auxquelles elles doivent répondre sont connues. Plus largement, comme mentionné dans la section sur la gestion de cas, les intervenantes sociales du Saguenay considèrent comme une marque de confiance qu'on leur confie la gestion de cas. On peut se demander si cette différence de point de vue avec Montréal est aussi un effet de la stabilité du territoire d'intervention qui constitue un point de référence dans le changement. Cette hypothèse reste à vérifier.

Les effets de la nouvelle gestion publique sur les programmes PALV

En ce qui concerne les services aux personnes en PALV, l'effet de la nouvelle gestion publique (NGP) se manifeste clairement dans le déplacement vers une logique de gestion. Cela se reflète dans les écarts de perception entre les gestionnaires et les intervenantes tant dans la définition du terme clinique (gestion de cas/soutien psychosocial) que dans la signification accordée au projet clinique (outil de continuité des services/planification administrative). Les outils permettant d'établir des

mesures d'efficience comme l'OEMC et ISO-SMAF sont perçus par les premiers comme une occasion d'atteindre les objectifs affichés de la réforme (accessibilité, continuité et qualité des services) et, par les seconds, comme une charge bureaucratique grevant le temps de disponibilité pour les personnes en PALV.

Le fait que les intervenantes sociales du Saguenay considèrent la gestion de cas comme une marque de confiance dans la mesure où cette forme de gestion les associe à la définition de la réponse aux besoins des personnes dont elles ont la charge souligne l'aspect positif de la NGP. La gestion de cas montre que la réforme peut s'ouvrir à une responsabilité populationnelle et professionnelle valorisante pour les intervenantes sociales. Au moins une entrevue avec une jeune intervenante sociale à Montréal va dans le même sens. Y a-t-il un effet de génération dans le malaise observé ? La question que soulève la recherche est de savoir si la mise en œuvre de cette responsabilité à l'égard d'une population locale franchira l'écueil de la bureaucratisation sur lequel elle semble se buter actuellement du point de vue de la majorité des intervenantes sociales, ou bien si la volonté de contrôle d'interventions de plus en plus standardisées et programmées va réduire les marges de manœuvre des intervenantes sociales des CSSS.

Conclusion

Les résultats de la recherche invitent à suivre l'évolution des pratiques de travail social dans un contexte où la gestion de cas est en voie de s'imposer comme le mode privilégié d'intervention professionnelle auprès d'une population en PALV. Cette approche menace-t-elle la portée psychosociale de l'intervention avec les personnes âgées ? Ou au contraire constitue-t-elle une nouvelle façon d'intervenir en assurant des services qui permettent aux personnes de demeurer dans leur milieu « d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie » (L.R.Q. chapitre S-4.2, article 1) ? Il y a un déplacement de perspectives dans la conception de l'intervention clinique. D'un côté, on l'associe aux pratiques psychosociales comportant une large part de relations de proximité avec les personnes âgées. De l'autre, on l'étend à la gestion de cas et à l'accompagnement de clientèles en regard de

l'accès administratif aux services. Il y a là un enjeu qui ne concerne pas seulement la satisfaction professionnelle des intervenantes sociales, mais qui rejoint la conception même de l'intervention individuelle en travail social professionnel. Il serait intéressant de voir si la transformation observée dans le programme PALV est aussi vécue dans les pratiques de travail social en santé mentale ou en petite enfance – famille-jeunesse dans le cadre des réseaux locaux de services. Sans mettre en doute que la gestion de cas, comme la gestion de programmes, fasse partie du champ du travail social, les nouvelles attentes à l'égard des intervenantes sociales ne peuvent manquer d'avoir des conséquences sur leur formation et, probablement aussi, sur une spécialisation plus poussée de leurs pratiques et sur leurs possibilités de mobilité entre les divers programmes-clientèles.

Descripteurs :

Centre de santé et de services sociaux (CSSS) // Personnes âgées dépendantes - Soins médicaux - Québec (Province) // Soins intégrés de santé - Québec (Province) // Personnes âgées - Logement - Québec (Province) - Montréal // Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (Programmes gouvernementaux)

Frail elderly - Medical care - Quebec (Province) // Managed care plans (Medical care) - Quebec (Province) // Aged - Housing - Quebec (Province) - Montreal

Notes

- 1 Subvention du CRSH no 410-2006-0859. On peut consulter le rapport de cette recherche sur le site de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (<http://www4.uqo.ca/crcoc/>): Denis Bourque, René Lachapelle, Sébastien Savard, Marielle Tremblay et Danielle Maltais (2010), *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*. Rapport de recherche, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier 1004.
- 2 Nous utilisons le terme au féminin, considérant que la majorité des personnes pratiquant l'intervention psychosociale sont des femmes, ce qui se vérifie tant dans les établissements que dans notre échantillon.

Références

- Assemblée nationale du Québec (2003). *Projet de loi no 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Publications du Québec.
- Assemblée nationale du Québec (2004). *Projet de loi no 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Publications du Québec.
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (2004). *Fiche sur le concept de la responsabilité populationnelle*.
- Bourque, D., et Lachapelle, R. (2009a). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Monographie du CSSS Jeanne-Mance. *CRCOC cahier 903*, juin.
- Bourque, D., et Lachapelle, R. (2009b). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Monographie du CSSS du Sud-Ouest-Verdun. *CRCOC cahier 906*, juillet.
- Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., et Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires*. Rapport de recherche, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire – UQO, Cahier 1004. <http://www4.uqo.ca/CRCOC/Fichiers/cahier1004.pdf>.
- Corneau, S., Leclerc, M.-J., et Tremblay, S. (2009). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Monographie du CSSS de Chicoutimi. *CRCOC cahier 904*, juin.
- Dupuis, A., et Farinas, L. (2009). Une critique des modes *managérialistes* dans la gestion des organisations de services humains de santé et de services sociaux, *Cahier de recherche du Cergo*. ÉNAP – Téluc.
- Ferlie, E., Hartley, J., & Martin, S. (2003). Changing public service organizations: Current perspectives and future prospects, *British Journal of Management*, 14, Supplement 1, December, S1-S14.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé – Canadian Health Services Research Foundation (2002). *À bas les mythes. Mythe : Fusionnements d'hôpitaux : plus c'est gros, mieux ça vaut*. Ottawa : FCRSS-CHSRF.
- Gaumer, B., et Fleury, M.-J. (2007). La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique, dans *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Giaque, D., et Caron, D. J. (2004). Réformes administratives et gestion des ressources humaines : comparaison de la Suisse et du Canada, *Revue Internationale de Politique Comparée*, II (2), 225-240.
- Larivière, C. (2005). *Les choix de l'État québécois, Comprendre les enjeux de la nouvelle gestion publique*, Le Réseau Conseil interdisciplinaire du Québec, 5 (1), juin, 3-6.
- Larivière, C. (2007). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle*. Université de Montréal et Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.
- Leclerc, M.-J., Corneau, S., et Tremblay, S. (2009). Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Monographie du CSSS Cléophas-Claveau, *CRCOG cahier 905*, septembre.
- Mayer, R., et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Merrien, F.-X. (1999). La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique, *Lien social et Politiques – RIAC*, 41, printemps, 95-103.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi : le premier choix, la politique de soutien à domicile*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). *Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004c). *L'intégration des services de santé et de 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*. Consulté le 17 mai 2007, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004d). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Document principal. Québec, octobre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004e). *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Analyse de l'accessibilité aux services de première ligne*. Rapport final. Faits saillants, Direction de l'évaluation, octobre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec, mai.
- Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., Fournier, J., et Dumont-Lemasson, M. (2005). *Enjeux de la configuration des centres de santé et de services sociaux : recension des écrits*. Université du Québec à Chicoutimi, GRIR.
- Visscher, Ch. de, et Varone, F. (2004). La nouvelle gestion publique en action, *Revue Internationale de Politique Comparée*, II (2), 177-185.
- Yin, R. K. (1994a). *Case Study Research: Design and Methods*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Yin, R. K. (1994b). Discovering the Future of the Case Study. Method in Evaluation Research, *American Journal of Evaluation*, 15, 283-290.
- Yin, R. K. (1999). Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research, *Health Serv Res*, 34 (5Pt2), 1209-1224.